



FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO
PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO-
INSTRUCIONAL SOBRE A PRÁTICA DE EMPATIA NO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE COM
FIBROMIALGIA PELOS MÉDICOS RESIDENTES**

SANNA PAULA PIRES MARIANO CAMPOS

RECIFE - PE
MARÇO, 2023

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO
NA ÁREA DE SAÚDE

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO-
INSTRUCIONAL SOBRE A PRÁTICA DE EMPATIA NO
ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE COM
FIBROMIALGIA PELOS MÉDICOS RESIDENTES**

Dissertação apresentada na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Educação para o Ensino na área de Saúde.

Mestranda: Sanna Paula Pires Mariano Campos

Orientador: Prof. Dr. José Roberto da Silva Junior

Coorientadora: Prof. Mestre. Maria Roberta Melo P. Soares

Linha de pesquisa: Estratégias, ambientes e produtos educacionais inovadores.

RECIFE - PE

MARÇO, 2023

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

C198e Campos, Sanna Paula Pires Mariano

Elaboração de material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento ambulatorial do paciente com fibromialgia pelos médicos residentes. / Sanna Paula Pires Mariano Campos; orientador José Roberto da Silva Junior; coorientadora Maria Roberta Melo P. Soares. – Recife: Do Autor, 2023.

164 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Pós-graduação Stricto Sensu, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2023.

1. Empatia. 2. Fibromialgia. 3. Residência. I. Silva Junior, José Roberto da Silva, orientador. II. Soares, Maria Roberta Melo P., coorientadora. III. Título.

CDU 177.74:61

**ELABORAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO-INSTRUCIONAL
SOBRE A PRÁTICA DE EMPATIA NO ATENDIMENTO
AMBULATORIAL DO PACIENTE COM FIBROMIALGIA PELOS
MÉDICOS RESIDENTES**

Dissertação de Mestrado em Educação para o Ensino na área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, submetida à defesa pública e aprovada pela banca examinadora em XX de Março de 2023.

Prof. Dr. José Roberto da Silva Junior

ORIENTADOR

1º MEMBRO

Prof. Dr.

2º MEMBRO

RECIFE-PE
MARÇO, 2023

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, por nunca me abandonar e sempre a bençoar.

À minha família, em especial, meu esposo Diego, pela paciência, companheirismo e parceria de 15 anos.

Aos meus pais (Elis Regina e Paulo), pelo amor incondicional, incentivo e certeza de que eu realizaria cada sonho, quando nem eu tinha.

Aos meus irmãos, por toda admiração, respeito e compreensão quanto a minha ausência física.

À minha filha Valentina por ser minha fortaleza, paz e alegria constante.

A mãezinha (minha avó Edeltrudes), que lá do céu está torcendo por cada conquista minha, posso ouvir seus conselhos e sentir sua presença em cada momento decisivo na minha vida.

Ao meu orientador, Dr. Jose Roberto, e a minha coorientadora A Prof. Ms Maria Roberta, pela ajuda, conselhos e dicas.

A tantas outras pessoas, não menos importantes, que não foram citadas, mas sempre me ajudaram e dividiram comigo tantos momentos difíceis.

Sanna Paula

EPÍGRAFE

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.” (Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: a empatia é considerada uma habilidade importante na formação médica sendo necessária para o estabelecimento da boa relação médico-paciente e maior adesão aos tratamentos. No entanto, a falta de preparo dos profissionais, baseada na objetividade e ausência de empatia no atendimento, vem sendo identificada constantemente em diversos estudos, principalmente diante de pacientes portadores de fibromialgia, que é uma síndrome de difícil diagnóstico, causa desconhecida e clinicamente manifestada através de uma miríade de sintomas. Nesse contexto, a residência médica atua primordialmente na promoção do desenvolvimento teórico-prático da formação que vai além do conhecimento técnico com a prática de habilidades, como a empatia. À frente dessa formação médica tem-se os preceptores que dominam a prática clínica e educacional sendo responsáveis pela orientação, supervisão e exemplo na formação dos médicos residentes. **Objetivo:** elaborar um material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento do paciente com fibromialgia assistido em uma Residência Médica de Reumatologia. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo com proposição de elaboração de material didático do tipo manual e um artigo científico. A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a julho de 2022, em duas etapas. Na primeira etapa, foi realizada entrevista semiestruturada para avaliação da percepção dos preceptores e residentes da residência médica em reumatologia sobre a prática de empatia nos atendimentos aos pacientes com fibromialgia. Durante o período da pesquisa, participaram preceptores e residentes do sexo feminino do programa de Residência Médica em Reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Os preceptores possuem uma média de 20 anos de formação na área de reumatologia. Os dados foram coletados por meio de gravação de áudio e vídeo, utilizando entrevista semiestruturada realizada individualmente com horário previamente acordado com cada entrevistado, os resultados foram transcritos na íntegra em documento de texto do Microsoft Word office 2021. Na 1ª etapa foi realizada uma revisão da literatura (PubMed, Lilacs, Scielo e Google acadêmico, posteriormente foi desenvolvido um material didático-instrucional do tipo manual (2ª etapa). **Aspectos éticos:** o presente estudo seguiu os termos da resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos. Além disso, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de

Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, com CAAE nº58327422.7.000.5569 e parecer nº 5.405.010.**Resultados:** após a transcrição dos áudios, foram feitas categorias temáticas para discussão de acordo com a análise de Bardin, a saber: 1) O conhecimento dos residentes em reumatologia a respeito da fibromialgia e complexidade nesse atendimento; 2) A necessidade de trabalhar conjuntamente com uma equipe multiprofissional; 3) A influência da personalidade de cada residente na prática da empatia nesse atendimento. Participaram do estudo 4 residentes, representados por dois do primeiro ano (R1), dois do segundo ano (R2) e quatro preceptores. Os residentes reconhecem os sintomas da fibromialgia e como eles interferem significativamente na qualidade de vida e que a complexidade no atendimento ocorre porque os sintomas são difíceis de tratar e os pacientes frequentemente sofrem preconceito da família e resistência médica de alguns profissionais. Além disso, o atendimento é um desafio ao médico devido às expectativas do paciente e à cronicidade da doença. Os preceptores e residentes ressaltaram que a equipe multidisciplinar é essencial para o tratamento, incluindo o acompanhamento psicológico e o exercício físico, além da medicação. Os preceptores referem que apesar da empatia ser um traço específico da personalidade que está relacionado à capacidade de compreender e responder emocionalmente às experiências de outras pessoas, ela pode ser desenvolvida e melhorada ao longo da formação médica. **Conclusão:** este tipo de atendimento gera sentimentos difusos na formação do residente que impactam na sua formação profissional, seja pela patologia ou pela falta de ter uma equipe multidisciplinar integrada na assistência do paciente. O público-alvo, o manual atende aos objetivos a que se propõe, disponibilizando, dessa maneira, um produto técnico que contribua para a formação de médicos especialistas e demais profissionais com consciência e capacidade de praticar a empatia, sedimentando a importância da boa relação médico-paciente para um melhor desfecho clínico, adesão ao tratamento e qualidade de vida dos portadores de fibromialgia. O artigo visa difundir o tema.

Palavras-chave: Empatia; Fibromialgia; Residência.

ABSTRACT

1) **Introduction:** empathy is considered an important skill in medical training, being necessary for establishing a good doctor-patient relationship and greater adherence to treatments. However, the lack of preparation of professionals, based on objectivity and lack of empathy in care, has been constantly identified in several studies, especially in the face of patients with fibromyalgia, which is a syndrome of difficult diagnosis, unknown cause and clinically manifested through of a myriad of symptoms. In this context, medical residency acts primarily to promote the theoretical-practical development of training that goes beyond technical knowledge with the practice of skills, such as empathy. At the head of this medical training are the preceptors who dominate clinical and educational practice, being responsible for guiding, supervising and setting an example in the training of resident physicians. **Objective:** to develop didactic-instructional material on the practice of empathy in the care of patients with fibromyalgia assisted in a Medical Residency in Rheumatology. **Method:** this is a qualitative study with a proposal for the elaboration of didactic material of the manual type and a scientific article. Data collection was carried out between the months of May and July 2022, in two stages. In the first stage, a semi-structured interview was conducted to assess the perception of preceptors and residents of the medical residency in rheumatology about the practice of empathy in the care of patients with fibromyalgia. During the research period, preceptors and female residents of the Medical Residency program in Rheumatology at the University Hospital Lauro Wanderley participated. The preceptors have an average of 20 years of training in the field of rheumatology. Data were collected through audio and video recording, using a semi-structured interview carried out individually at a time previously agreed with each interviewee, the results were transcribed in full in a Microsoft Word office 2021 text

document. literature (PubMed, Lilacs, Scielo and Google Scholar), later a didactic-instructional manual type material was developed (2nd stage). **Ethical aspects:** The present study followed the terms of resolution n° 510, of April 7, 2016 of the National Health Council for research in human beings. In addition, the study was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Faculdade de Pernambuco de Saúde, with CAAE n°58327422.7.000.5569 and opinion n° 5.405.010. **Results:** after transcribing the audios, thematic categories were made for discussion according to Bardin's analysis, namely: 1) The knowledge of residents in rheumatology regarding fibromyalgia and the complexity of this service; 2) The need to work together with a multidisciplinary team; 3) The influence of each resident's personality on the practice of empathy in this service. Four residents participated in the study, represented by two from the first year (R1), two from the second year (R2) and four preceptors. Residents recognize the symptoms of fibromyalgia and how they significantly interfere with quality of life and that the complexity in care occurs because the symptoms are difficult to treat and patients often suffer family prejudice and medical resistance from some professionals. In addition, care is a challenge for the physician due to the patient's expectations and the chronicity of the disease. The preceptors and residents emphasized that the multidisciplinary team is essential for the treatment, including psychological follow-up and physical exercise, in addition to medication. Preceptors report that although empathy is a specific personality trait that is related to the ability to understand and respond emotionally to other people's experiences, it can be developed and improved throughout medical training. **Conclusion:** this type of care generates diffuse feelings in the resident's training that impact their professional training, whether due to the pathology or the lack of having a multidisciplinary team integrated in patient care. The target audience, the manual meets the objectives it proposes, thus providing a technical product

that contributes to the training of specialist doctors and other professionals with awareness and ability to practice empathy, sedimenting the importance of a good doctor relationship -patient for a better clinical outcome, adherence to treatment and quality of life for fibromyalgia patients. The article aims to spread the theme.

Keywords: Empathy; Fibromyalgia; Residence.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	1
II OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
III METODOLOGIA	25
3.1 Desenho/tipo de pesquisa.....	25
3.2 Cenário da pesquisa	25
3.3 Local e período do estudo.....	26
3.4 População.....	27
3.5 Amostra.....	27
3.6 Critérios de elegibilidade	27
3.7 Instrumentos e técnicas para o desenvolvimento das etapas do estudo	27
3.8 Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes	30
3.9 Desenvolvimento do Material didático-instrucional.....	30
3.10 Tratamento e análise de dados	32
3.10.1 Primeira Etapa.....	32
3.10.2 Segunda etapa	33
3.11 Aspectos éticos	34
IV RESULTADOS	35
4.1 Artigo.....	36
4.2 Relatório técnico	56
4.3 Manual para atendimento de um paciente com fibromialgia.....	80
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
VI REFERÊNCIAS	123

APÊNDICES	133
APÊNDICE 1 – Carta de anuência	133
APÊNDICE 2- Roteira para Entrevista Semiestrutura- Preceptores	135
APÊNDICE 3 – Roteiro para Entrevista Semiestruturada - Residentes	136
APÊNDICE 4 – Termo de Compromisso Financeiro do Pesquisador	137
APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FM	Fibromialgia
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I INTRODUÇÃO

Ao se tornar profissional de medicina o indivíduo assume com sua profissão e com a sociedade o dever legal e ético de cuidar, devendo agir em prol da vida humana. Assim, além de competências técnicas, o exercício da Medicina também exige competências morais e pautadas na ética.¹ Em seu cotidiano é possível verificar que esses profissionais se deparam com situações que envolvem dilemas morais e conflitos éticos, que exigem tomadas de decisões complexas.² A relação com o paciente nesse processo é fator fundamental, entendendo que a distância entre médico e paciente se configura como uma lacuna ética.³

Existe um descompasso entre o ensino dos profissionais de Medicina e a prática médica, verificando-se, muitas vezes, a falta de comprometimento com os pacientes somado aos diversos desafios impostos pela própria saúde pública, colocam esses profissionais expostos “ao sofrimento, sensação de impotência no cuidar e alteração das expectativas durante o processo de formação resultam em redução da empatia e contribuem para a desumanização da assistência”.⁴⁻⁵

No contexto da fibromialgia, tem-se uma doença crônica incapacitante, caracterizada por dor generalizada, distúrbios do sono, fadiga e outros sintomas, que compõem o diagnóstico complexo.⁸⁻¹¹ Pacientes com Fibromialgia (FM) apresentaram ativações aumentadas associadas a quadros de dor e sem dor, sugerindo que mesmo estímulos inócuos com conotações somáticas podem envolver o estado emocional.⁶⁻⁸ Nesse contexto, destaca-se a importância da empatia no atendimento a esses pacientes.⁸

No entanto, a falta de preparo dos profissionais médicos responsáveis pelos primeiros atendimentos aos pacientes com FM, especialmente os residentes, baseados na

objetividade, neutralidade e falta de empatia já vem sendo identificada há muitos anos em diversos estudos, especialmente relacionados aos pacientes portadores de FM.⁶⁻⁹

Diante disso, é possível dizer que desenvolver a emoção e a empatia dos profissionais de Medicina é fator fundamental, considerando o desenvolvimento contínuo de habilidades para fornecer um atendimento eficaz e compassivo.⁷⁻¹¹ Compreender o processo de emoção nos seres humanos é fundamental para que seja possível contextualizar a necessária empatia nesses atendimentos.¹²

1.1 Breve entendimento sobre a emoção

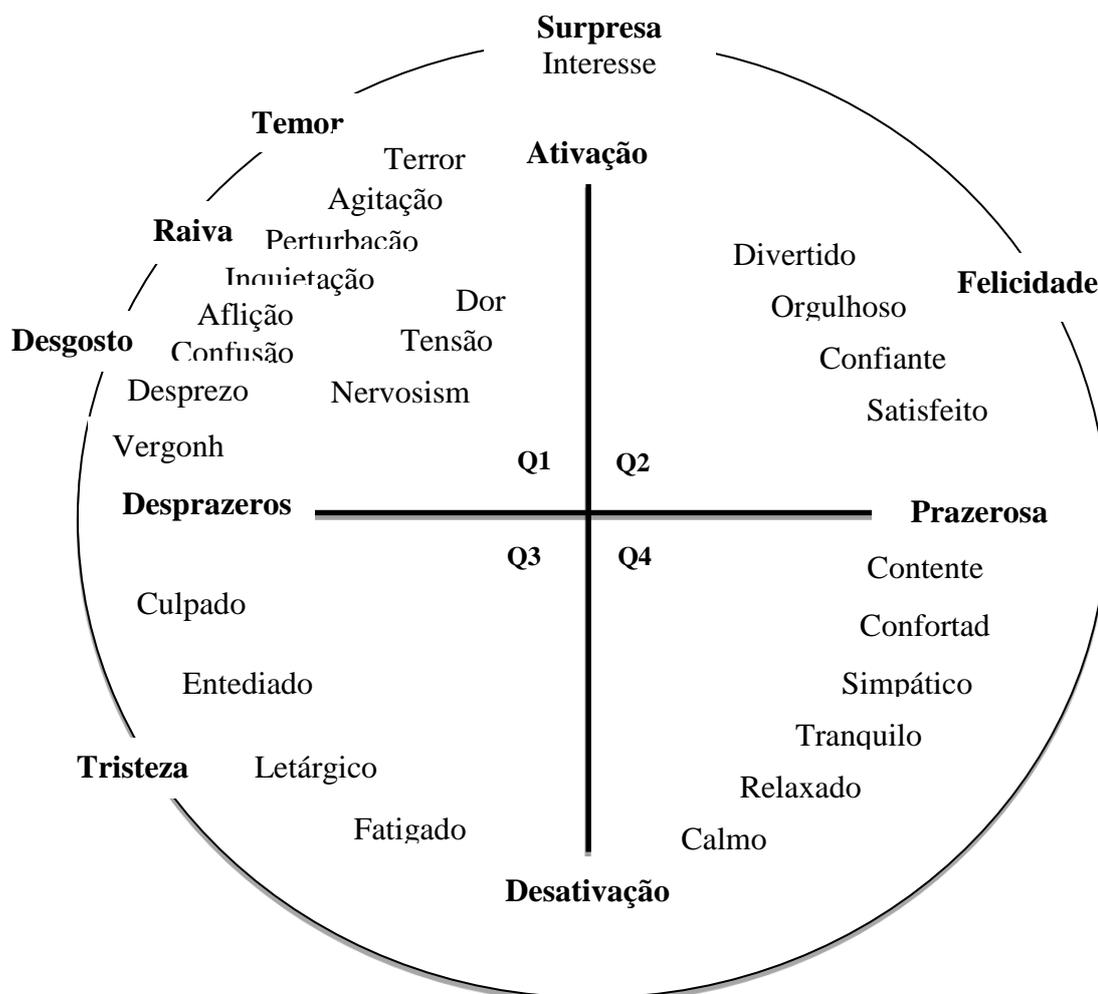
A palavra “emoção” deriva do latim “*ex movere*” significando movimento. Entende-se como um estado mental e fisiológico repleto de sentimentos, pensamentos e comportamentos diversos.¹³ A psicologia estuda como as experiências emocionais são registradas na psique do indivíduo e como elas afetam o comportamento e as emoções das pessoas. Diversos estudos mostram que as experiências emocionais podem ser registradas na memória de longo prazo e influenciar o comportamento futuro.¹⁴

Este estado emocional é descrito como "estado especial de vigilância", ou seja, um estado de alerta que pode ser acompanhado por processos mentais que tendem a excitar o comportamento, tanto positivo quanto negativo. Isso pode fortalecer ou debilitar o indivíduo, dependendo da natureza da emoção experimentada¹³⁻¹⁴. Explica-se ainda que cada pessoa responde fisiologicamente às mesmas emoções de forma diferente.¹³⁻¹⁴

Diferentes pesquisadores tentaram explicar o processo de emoção nos seres humanos, destacando-se neste estudo o modelo proposto por Russell¹⁵, que representa as emoções por meio de um círculo em que são necessários dois eixos: a dimensão de valência que indica prazer/desprazer e a dimensão de excitação (fraca/forte) que

representa o afeto como uma experiência subjetiva em um *continuum*, conforme se demonstra na Figura 1.

Figura 1. Modelo circumplexo da emoção²⁰



Como se verifica na Figura 1, este modelo circular é denominado circumplexo e corresponde a um formalismo matemático para representar a estrutura atual de um grupo de estímulos em torno de um círculo. Atualmente, esta abordagem é provavelmente a mais comumente usada para medir a experiência emocional subjetiva e é encontrada em diferentes culturas e seria potencialmente universal, embora isso nem sempre seja confirmado por meio de dados empíricos.

O referido modelo também recebe críticas, dentre as quais é possível destacar a sua capacidade de diferenciar emoções, considerando, por exemplo, que medo e raiva se encontram no mesmo quadrante porque essas duas emoções são particularmente negativas e intensas. No entanto, em um nível subjetivo, expressivo e comportamental, essas duas emoções são muito diferentes. Atualmente, as teorias bidimensionais são baseadas na experiência emocional, que identifica três dimensões básicas para descrever o sentimento emocional: prazer / desprazer; excitação; inibição e tensão / relaxamento.¹⁶

Ao longo do tempo, diversos estudiosos contribuíram para a compreensão das emoções e seu funcionamento.^{17,18} Uma das ideias centrais é que as emoções são desencadeadas por eventos significativos que são percebidos como relevantes para o indivíduo. Esses eventos podem estar relacionados a preocupações pessoais, como a segurança, o bem-estar e as relações interpessoais. A emoção envolve estados de preparação para a ação que são induzidos pela avaliação desses eventos como importantes para o indivíduo. Essas avaliações podem ser conscientes ou inconscientes e influenciam a forma como as emoções são expressas e reguladas.¹⁹

Desde o nascimento, as emoções são uma forma de comunicação do ser humano, sendo utilizadas para expressar suas necessidades e sentimentos. Por exemplo, o choro pode representar dor. A raiva surge em um momento posterior do desenvolvimento, e estudos sugerem que o grito de aflição do neonato produz uma reação semelhante em outras pessoas, demonstrando o início da empatia, a capacidade de entender os afetos de outras pessoas sentindo-os diretamente. A compreensão do desenvolvimento emocional é importante para a psicologia clínica, que busca ajudar as pessoas a lidar com as emoções de forma saudável e a superar traumas e distúrbios psicológicos.²⁰

Diferenças humanas em repostas fisiológicas às mesmas emoções nos leva a pensar que, provavelmente, um indivíduo sinta ansiedade, raiva e felicidade de um modo diferente de outras pessoas.²⁰ Assim, as pessoas variam marcadamente no tipo e na intensidade de suas reações fisiológicas.²⁰ Verifica-se que essas emoções se manifestam no corpo, sendo possível perceber a emoção que um indivíduo está sentindo a partir dessas expressões.²¹

É possível afirmar que os esquemas cognitivos representam nosso conhecimento e suposições sobre o mundo, sendo desenvolvidos por meios das experiências vividas e exercendo fortes efeitos na maneira como as informações são processadas e interpretadas, o que pode levar a erros e distorções importantes na memória.²²

Esses esquemas cognitivos exercem funções de roteiros, que são ativados sempre que o indivíduo é exposto a um estímulo ambiental, equivalendo, portanto, a um quadro de referência.²² Com isso, é possível mencionar também como função desses esquemas os processos de armazenagem e recuperação da informação.²² Diante disso, é possível depreender que os esquemas cognitivos fazem parte do processo de aprendizagem dos indivíduos.²²

Todavia, é preciso entender que essas interações irão variar de indivíduo para indivíduo, a influência que o meio irá exercer irá impactar de diferentes formas e é justamente disso que se tratam os esquemas cognitivos adaptativos e desadaptativos, é a forma como irão ser processadas e interpretadas pela memória, com as emoções influenciando diretamente nesse processo.²²

Existem dezoito esquemas desadaptativos que foram propostos para entender os padrões disfuncionais de pensamento e comportamento das pessoas. Esses esquemas incluem: privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento social, defectividade/vergonha, fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano

ou à doença, emaranhamento, subjugação, auto sacrifício, inibição emocional, padrões inflexíveis, grandiosidade/arrogo, autocontrole/autodisciplina insuficientes, busca de aprovação, negativismo e postura punitiva. Esses esquemas podem influenciar a forma como as pessoas percebem a si mesmas e aos outros, afetando suas emoções e comportamentos. A compreensão desses esquemas é importante para a psicologia clínica, que busca ajudar as pessoas a lidar com seus padrões disfuncionais e a desenvolver estratégias saudáveis para lidar com as emoções e os relacionamentos.²³

Ressalta-se que esses esquemas são agrupados em cinco domínios de esquemas amplos (desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; limites prejudicados; direcionamento ao outro; e supervigilância e inibição), com base nas necessidades básicas de uma criança as quais o esquema está relacionado, se essas necessidades não forem satisfeitas, desenvolvem-se esquemas desadaptativos que levam a padrões recorrentes de reações a eventos de vida.²³

Os esquemas influenciam o que se entende e como se interpreta as coisas, eles podem enviesar e distorcer os pensamentos, percepções e comportamentos.²³ É a operação de esquemas que, em parte, explica o fato de que, em muitos casos, se tem mais probabilidade de notar e lembrar informações que apoiam as crenças sobre o mundo do que informações que as desafiam.²³

Esses esquemas podem, portanto, levar a vieses e pontos cegos no processamento de informações durante a avaliação clínica ou intervenções psicoterapêuticas. Importante mencionar que a teoria dos esquemas cognitivos postula que todos os indivíduos têm esquemas desadaptativos, que são temas ou padrões centrais que se repetem continuamente ao longo da vida.²³

Essa vertigem por empatia é um sentimento pelo outro, um medo sentido por algo que não lhe pertence, tratando-se do que se chama de processo empático que resulta em um contágio emocional.²¹

1.2 A empatia e o contágio emocional entre as pessoas

O termo “empatia” foi cunhado há mais de 100 anos por Titchener, uma adaptação da palavra alemã *Einfühlung*. Porém, as discussões sobre empatia podem até remontar aos primórdios do pensamento filosófico e mesmo assim, com essa extensa história, o termo empatia não tem uma noção bem definida, mas sim, definições de diversos autores e autoras.²³⁻²⁸

Ao interpretar os achados de pesquisa relacionados à empatia, é preciso primeiro determinar com precisão o que está sendo estudado e o grau de associação com os conceitos relacionados. Isso pode dificultar a interpretação dos resultados, comprometendo a comparabilidade dos estudos.²³ Assim, existem diferenças na maneira como pesquisadores e pesquisadoras e profissionais conceituam a empatia, levando a uma incompatibilidade entre a maneira como é pesquisada e tratada, ademais, podem surgir dificuldades quando os conceitos são entendidos de maneira diferente.²⁵

Embora a diversidade de definições não deva ser necessariamente desencorajada, por exemplo, esforços devem ser feitos para reunir conhecimento para melhorar o entendimento e reduzir a confusão no campo. Embora não haja maneira de determinar qual definição está correta, é possível comparar e contrastar como a empatia é contextualizada e discutir quaisquer diferenças, examinando pontos de vista concorrentes à luz da atual base de conhecimento.²³⁻²⁵

Várias tentativas notáveis foram feitas para diferenciar empatia de uma série de conceitos associados. Outros, por exemplo, denotam a empatia como uma categoria abrangente, contendo todos os conceitos associados, como contágio emocional, simpatia e compaixão.²³

Para explicar por que a empatia é comumente mesclada com termos associados, que são relacionados aos sentimentos compartilhados devido a circunstâncias partilhadas, a empatia como entender as emoções de outras pessoas por meio de perspectivas, a imitação das emoções de outras pessoas, sem experimentar eles mesmos, a simpatia como reação intencionalmente emocional, o contágio emocional, onde um é "infectado" pelas emoções do outro e uma forma intensa de se deixar levar pelas emoções do outro.²⁴

Esses termos diferem em três dimensões: o grau de representações cognitivas do estado emocional do alvo; o grau de compartilhamento de emoções; e o grau em que uma distinção entre o *eu* e *outra* é mantida. Observou-se que a empatia está localizada na faixa intermediária das três dimensões, e que o significado desse termo tem uma ambiguidade inerente que convida ao tipo de debates de definição que continuaram sem solução desde que o termo *Einfühlung* foi introduzido pela primeira vez há quase um século.²⁵

O termo "empatia" foi cunhado pelo filósofo alemão Robert Vischer. Ele acreditava que para compreender as emoções expressas em obras de arte, o indivíduo deveria se imaginar como o artista e se deixar levar pelas emoções que ele estava tentando transmitir. De acordo com Vischer, a empatia não se limita apenas a imaginar como seria estar na posição do outro, mas também a compreender as experiências do outro e o que ele está sentindo.²⁶

Outro teórico também contribuiu para o desenvolvimento do conceito de empatia, apontando-a como a forma como as pessoas entendem os estados mentais das outras pessoas. Essa teoria argumenta que a empatia é uma habilidade inata baseada em um

"instinto natural" e na "imitação interior", permitindo que as pessoas compreendam e se identifiquem com as experiências emocionais dos outros. A teoria foi desenvolvida para explicar ilusões de ótica.²⁷

Para explicar esse processo de empatia, foi usado o exemplo de assistir um acrobata em uma corda bamba e sugeriu que os movimentos percebidos e as expressões afetivas são “instintivamente” e simultaneamente espelhados por “esforços” cinestésicos e experiências de sentimentos correspondentes no observador. Salienta-se que a teoria considera a possibilidade de uma mente se tornar o espelho de outra.²⁷

Posteriormente enfatizou-se a relação da empatia, com a estética e a arte. A empatia é uma resposta social sincrônica ao estado mental e comportamento de outra pessoa, representando uma experiência particular porque não é um estado diretamente acessível. Diferentemente de outros construtos psicológicos, a empatia não é uma conduta e nem sempre é evidente por meio de expressões comportamentais específicas.²⁸

Dessa forma, a empatia é como uma dança entre dois indivíduos cujos passos se movem entre a cognição e os afetos. De acordo com o teórico, as ações apoiadas no uso de ferramentas e intencionalmente voltadas para a produção, criam o pensamento. Assim, o que se percebe é que as teorias da empatia se iniciaram com a percepção de contemplação da arte, basicamente com o sentimento do outro.²⁸

Verifica-se que diversos autores consideraram a empatia como um processo de imitação interna, como uma projeção do self a partir da apreciação de obras de artes, indo além das artes, chegando à capacidade de compreender o outro, sentindo e percebendo o que acontece com ele.²⁹

Segundo algumas teorias, o cuidado humano pode atrair habilidades empáticas e simpáticas, mas essas habilidades podem variar de pessoa para pessoa e estão relacionadas à variação genética e a competências cognitivas, como a capacidade de

mentalização, processos empáticos, atenção plena social e dimensões de personalidade. Em outras palavras, a sensibilidade às necessidades dos outros é uma habilidade que pode ser influenciada por fatores biológicos e psicológicos.³⁰

O exemplo é que pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), podem lutar para processar esses tipos de sinais sociais. Enquanto, pessoas com dificuldades psicopáticas, podem ter competências sociais para empatia, mas não têm motivação para cuidar. Quando as pessoas se sentem ameaçadas, também é mais difícil sentirem empatia que é uma competência da mentalidade social da compaixão, mas não é a compaixão em si, podendo ser usada para fins bons ou ruins.³⁰

A empatia não pode ser confundida com a simpatia, sendo a primeira um “sentindo como” e a segunda um “sentindo pelo outro”. Assim, na empatia o indivíduo se solidarizará com o sentimento, sentindo a mesma emoção, o observador sente como o observado, enquanto na simpatia, o sentimento é pelo outro.³⁰

Devido às diferentes implicações emocionais envolvidas, é importante distinguir entre empatia e simpatia. A habilidade de "sentir por" e usado o termo “simpatia” para descrever essa habilidade. Embora os termos empatia e simpatia sejam frequentemente usados de forma intercambiável, a distinção entre eles é importante para entender como as pessoas se relacionam emocionalmente umas com as outras.³⁰

Duas outras construções comumente equiparadas à empatia são a compaixão que é o sentimento que surge ao testemunhar o sofrimento de outra pessoa e que motiva um desejo subsequente à ternura numa abordagem expansiva, um sentimento de “calor-e-difuso”, muitas vezes suscitado pelos delicados e indefesos.³⁰

É possível diferenciar ternura, compaixão e simpatia. A ternura tem sido associada à vulnerabilidade no alvo, ou seja, uma necessidade a longo prazo, enquanto a motivação resultante da simpatia é direcionada para uma necessidade atual. Embora a distinção

relativa à compaixão seja menos clara, uma sugestão é que a compaixão é um construto de ordem superior, que consiste em sentimentos de simpatia e pena. Como esses termos estão mais preocupados com os sentimentos de um em relação à situação do outro, em vez de compartilhar emoções, eles estão mais relacionados à simpatia do que à empatia.³¹

Talvez o aspecto mais discutido da empatia seja se é um conceito cognitivo ou afetivo. Empatia cognitiva é a capacidade de entender os sentimentos alheios, intimamente relacionados à teoria da mente.³² A empatia afetiva preocupa-se com a experiência da emoção, provocada por um estímulo emocional. Algumas definições são baseadas apenas em componentes afetivos ou cognitivos, entretanto, muitas definições incluem ambas. Na formação do profissional de Medicina, a empatia cognitiva é importante por permitir uma melhor comunicação com o paciente, demonstrando que ele entende seus sentimentos e sua perspectiva, conseqüentemente, possibilita uma melhor adesão ao tratamento e melhor resultado na terapêutica.³³

A teoria da mente é um aspecto importante da cognição social e refere-se à habilidade de inferir estados mentais em si e nos outros, como crenças, desejos, intenções e emoções³⁴. A habilidade de reconhecer expressões faciais de emoções básicas e complexas é um aspecto importante da teoria da mente e é frequentemente avaliada em testes de teoria da mente, como o *Reading the Mind in the Eyes*.^{22;35}

O *Reading the Mind in the Eyes* é um teste que avalia a capacidade de reconhecer emoções complexas a partir da região dos olhos³⁵. Esse teste permite avaliar não apenas emoções básicas, como alegria, tristeza, raiva e medo, mas também emoções mais complexas, como preocupação, arrependimento, hostilidade, entre outras³⁶. As emoções complexas são construídas a partir de emoções básicas e da cultura na qual o indivíduo está inserido, o que torna essa habilidade ainda mais complexa e desafiadora²³.

Alguns teóricos sugeriram que, embora a empatia afetiva possa ser desencadeada automaticamente, elementos cognitivos podem modular a resposta emocional. Em outras palavras, a forma como as pessoas respondem emocionalmente a uma situação pode ser influenciada por fatores cognitivos, como a capacidade de compreender as perspectivas dos outros.³⁷ Dada a discussão anterior, um ponto de vista apropriado pode ser que os componentes afetivos e cognitivos podem ser separados, é importante lembrar a interação entre os dois processos.²⁵ Para dar outra perspectiva, sugeriu que o componente afetivo é o conteúdo da empatia, enquanto o componente cognitivo é o processo pelo qual esse conteúdo é formado.²³

Um outro ponto a considerar é se a empatia é necessariamente restrita a um contexto emocional, ou se a cognição pode ser considerada apenas "empatia". Por exemplo, a empatia apenas cognitiva poderia ajudar os terapeutas a entender os pensamentos e os significados dos clientes, e os professores a reconhecerem uma falta de entendimento nos alunos.³⁸

No entanto, embora inferir compreensão e significado em outros use processos muito semelhantes à empatia cognitiva (por exemplo, tomada de perspectiva), a falta de interação com qualquer processo afetivo parece inconsistente com a visão amplamente aceita da empatia como um evento emocional (explicitamente declarado ou implícito pela maioria das conceituações aqui identificadas). Para evitar confusão, recomendamos um termo diferente para esses cenários, como o entendimento empático.³⁹ Outro debate diz respeito à questão de saber se a empatia cognitiva e a tomada de perspectiva (ou seja, a perspectiva do alvo, adotando seu ponto de vista) são o mesmo construto.³⁹

A empatia envolve tanto componentes cognitivos quanto componentes emocionais mais primitivos, considerando que mesmo os neonatos parecem sentir o que os outros estão sentindo e responder de maneira congruente.⁴⁰ A transmissão de emoções

é um processo inconsciente e primitivo que está ligado à nossa sobrevivência. Esse processo age como uma sincronia entre as pessoas, permitindo que elas se conectem emocionalmente e respondam de forma adaptativa a situações de risco ou perigo. Em outras palavras, a capacidade de transmitir e captar emoções é uma habilidade inata que nos ajuda a sobreviver e interagir com os outros.⁴¹

Importante mencionar, ainda que a empatia e o contágio emocional estão diretamente relacionados, uma vez que ambos envolvem a atenção a pistas internas e externas. Quanto mais empática uma pessoa é, maior a probabilidade de ela ser influenciada pelas emoções das pessoas ao seu redor. Isso pode levar a uma maior instabilidade emocional, uma vez que as pessoas empáticas são mais sensíveis às emoções dos outros e, portanto, mais suscetíveis a serem afetadas por elas.⁴⁰

De acordo com alguns conceitos a empatia é um constructo multifacetado que inclui o contágio emocional como um de seus componentes. Esse processo começa quando uma pessoa vê ou antecipa a emoção de outra pessoa e, em seguida, experimenta essa emoção de forma explícita, assim como a outra pessoa. Em outras palavras, a empatia envolve a capacidade de se colocar no lugar do outro e sentir as emoções dele de forma semelhante.⁴²No contexto dos cuidados em saúde, define-se “empatia” como um atributo cognitivo que envolve a compreensão das experiências e perspectivas internas do paciente enquanto indivíduo separado, combinada à capacidade de comunicar essa compreensão ao paciente⁴³.

1.3 O desenvolvimento da empatia na área médica

A empatia na área médica é uma habilidade importante e necessária para se estabelecer uma boa relação médico-paciente, sendo definida através da compreensão do

comportamento humano e um olhar voltado para o outro, possibilitando a identificação dos sentimentos do doente através da sua perspectiva sobre o problema apresentado. É essencial que os profissionais responsáveis pelo primeiro contato com o paciente possuam esta habilidade e estejam preparados, a fim de compreender, diagnosticar, lidar e tratar o paciente^{43,44}.

Diante disso, o cenário de ensino na área da saúde tem considerado o desenvolvimento da empatia entre os alunos, futuros profissionais de saúde. Ressalta-se a importância do desenvolvimento de empatia durante a graduação de alunos da área da saúde, com vistas a preparar profissionais mais preparados para desenvolver uma boa relação com o seu paciente.⁴⁵

Os médicos residentes através de suas vivências práticas são capazes de moldar a sua identidade profissional, adquirindo conhecimento e habilidades, além do amadurecimento afetivo, contemplando os três pontos fundamentais da formação médica: conhecimentos, habilidades e atitudes.^{43,44}

Nesse contexto, a residência médica é fundamental para promover a articulação teórico-prática da formação, a fim de preparar e aprimorar os profissionais para os desafios da profissão. Haja vista que, é considerada uma modalidade de desenvolvimento profissional baseada na aprendizagem pela prática cotidiana, sendo marcada pela aquisição progressiva de conhecimento técnico e habilidades, como a empatia e a humanização no atendimento, as quais são essenciais para o desenvolvimento completo do profissional.^{44,46-48}

No Brasil, o primeiro curso de graduação em medicina foi criado em Salvador por D. João VI em 1808, na Universidade Federal da Bahia. Mas a residência médica só teve início na década de 1940, através da criação dos primeiros programas para suprir a necessidade de aprimoramento das competências dos profissionais e do mercado de

trabalho, sofrendo expansão no final da década de 1960 e na década de 1970. O Ministério da Educação deixa claro, através do art. 7º das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina,⁴⁹ que o médico deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva.⁵⁰

Tal fato, reforça o aperfeiçoamento de conhecimento, habilidades e atitudes através da aquisição progressiva de responsabilidade pelos atos médicos, desenvolvimento da capacidade de iniciativa, reflexão, julgamento e avaliação, internalização de preceitos e normas éticas, desenvolvimento de espírito crítico, dentre outros. Sedimentando a necessidade de formar especialistas mais empáticos, preparados e dispostos a “aprender com autonomia e com a percepção da necessidade da educação continuada, a partir da mediação dos professores e profissionais do Sistema Único de Saúde”.^{47, 51-52}

O conhecimento e o desenvolvimento do perfil profissional são produtos da interação entre o indivíduo e o meio educacional, onde as experiências adquiridas na prática médica, com o paciente e os preceptores com os quais se relacionam, são de extrema importância para a sua formação completa. Por isso, tem-se como pilar dessa formação, o preceptor que domina a prática clínica e educacional sendo responsável pela orientação, supervisão e exemplo na formação dos médicos residentes.⁵³

Além disso, é responsabilidade dos preceptores manter uma percepção ativa entre os seus residentes possibilitando a identificação de todos os impasses que possam dificultar ou impedir o desenvolvimento e a prática de habilidades, como a empatia, orientando através do ensino e do exemplo e prezando pela manutenção da boa relação médico-paciente. Para que, desta forma, o exercício profissional do médico se torne mais eficaz com a articulação dos conhecimentos teóricos e técnicos, juntamente aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos.^{3,44,,47,54}

Os efeitos do Mapa da Empatia em Saúde (MÊS) na empatia autorrelatada em estudantes de Medicina no cenário de grupo tutorial (GT) foram avaliados, evidenciando em seus resultados que o referido instrumento estimulou a reflexão empática dos estudantes, com temas que variaram de aspectos biomédicos a perspectivas socioafetivas complexas⁵⁵.

A partir de uma revisão integrativa, Silva et al. (2022) verificaram que o ensino de empatia na área da saúde tem ocorrido principalmente por meio de metodologias ativas como simulações de casos, oficinas com dilemas éticos, simulação realística, possibilitando que o estudante experimente uma vivência da relação entre profissional e paciente.⁵⁶

Os processos relacionados com a emoção influenciam fortemente os estados emocionais, como ansiedade e depressão, mas também a saúde mental, comportamental e física do indivíduo. Portanto, uma melhor compreensão dos processos relacionados à emoção associados à dor crônica é fundamental para melhorar as intervenções clínicas.⁵⁷

1.4 A empatia no atendimento médico de pacientes com fibromialgia

Os pacientes com fibromialgia (FM) em grande parte sofrem de transtorno de ansiedade e depressão, sendo que a depressão se apresenta 7% maior do que na população em geral. Comparativamente, os pacientes com fibromialgia em relação a outros quadros em reumatologia, apresentam seis vezes mais possibilidades de comorbidades diferentes entre os transtornos de ansiedade, como exemplo: Estresse Pós-Traumático, Síndrome do Pânico, entre outros.⁴⁴

A fibromialgia é um distúrbio no qual as pessoas experimentam uma variedade de sintomas, incluindo dor crônica generalizada, rigidez, fadiga, distúrbios do sono,

disfunção cognitiva, ansiedade e depressão.⁵⁸ A intensidade dos estados afetivos negativos está positivamente associada ao aumento da intensidade da dor, irritabilidade, desgaste físico e mental, limitações funcionais, número de tender points, sono não reparador, déficits cognitivos, fadiga e impacto da doença na qualidade de vida^{59,60}.

Esses pacientes geralmente se sentem isolados, incompreendidos ou rejeitados por parentes, amigos, profissionais de saúde e sociedade em geral. Isso pode contribuir para a alta prevalência de depressão e ansiedade, juntamente com a dor constante e intensa.^{58,59,61}

A FM é uma síndrome clínica manifestada através da dor musculoesquelética crônica generalizada, essencialmente na musculatura, e frequentemente associada a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, alterações de memória e atenção, ansiedade, depressão, cistite intersticial e alterações intestinais^{10, 11,62}.

É uma síndrome comum, ocorre mais em mulheres e frequentemente acomete pacientes com outras doenças reumatológicas em curso, impactando negativamente na qualidade de vida dos portadores que relatam a fadiga como um dos piores sintomas da doença¹¹. Além disso, a FM apresenta desafios únicos para o provedor de cuidados primários (PCP).⁶³

Uma revisão recente da literatura acerca da patogênese da FM citou 47 referências publicadas entre janeiro de 2015 e 2016. Concluiu-se que a causa permanece desconhecida, mas a genética possui forte influência no desenvolvimento da doença, assim como o sistema de serotonina e noradrenalina. Também foram avaliadas as terapias adotadas para a síndrome, não havendo novidade nas terapias medicamentosas e um leve avanço nos resultados das terapias alternativas e complementares.¹⁰

Cerca de 5% dos pacientes na atenção primária sofrem de FM, assim como 10 a 15% dos pacientes que vão a um consultório de Reumatologia^{62,64}. O impacto na

qualidade de vida é maior do que a artrite reumatoide ou doença pulmonar obstrutiva crônica. Haja vista que, os pacientes com FM enfrentam dor generalizada de longo prazo entre uma miríade de outros sintomas sem uma causa clara, testes diagnósticos definitivos e uma resposta modesta às intervenções, levando uma média de dois anos até o diagnóstico correto^{9,11,65}.

Assim, as pessoas com fibromialgia também enfrentam outras dificuldades, incluindo a incerteza sobre o significado da condição e seu efeito em suas vidas. Mesmo após o diagnóstico, eles podem continuar a sentir falta de compreensão e resolução e lutar para lidar e alcançar a legitimidade.⁶¹

Estudos têm demonstrado que pacientes com fibromialgia possuem uma autoimagem precária ou negativa, associada à noção de pessoa doente, o que altera radicalmente a autoidentidade desses pacientes. Além disso, a sua autoimagem parece ser modificada durante o desenvolvimento e curso da doença e intervenções terapêuticas.^{65,66}

Destaca-se, ainda, que esses pacientes experimentam uma sensação de invisibilidade devido aos debates sobre a autenticidade do diagnóstico, tratamento e cuidados de saúde em geral. Além de muitas vezes sentirem-se constrangidos por não conseguirem mais realizar as tarefas diárias como antes.^{66,67}

Com isso, são pessoas que geralmente têm problemas no planejamento das atividades de vida diária e nas interações com a família e seus círculos sociais, com tendência a ficarem mais isolados. A insatisfação com a relação médico-paciente é outro problema recorrente, juntamente com a frustração pela incerteza quanto à etiologia e tratamento da doença.⁶⁸

O atendimento médico a pacientes com fibromialgia foi verificado que um terço dos pacientes que participaram de sua pesquisa considerou o tratamento ruim (34%) e que não estava sendo levado a sério (30,5%). Quase metade (47%) sempre ou principalmente

sentiu medo de procurar atendimento médico relacionado à fibromialgia e que os profissionais de saúde não entendiam seu diagnóstico (46%).⁶⁹

A maioria (54%) percebeu que os profissionais de saúde não entendiam como a fibromialgia os afetava ou como eles poderiam ajudá-los.⁶⁹ Os achados foram confirmados nas respostas em texto livre que foram categorizadas em: Ceticismo e descaso, Ignorância e desinteresse e Profissionalismo e empatia. Houve correlações significativas positivas entre a idade e cinco das questões ($\rho = 0,105-0,181$, $p < 0,05$ - $p < 0,01$), indicando que a idade mais baixa está correlacionada com uma pior experiência.⁶⁹

A partir disso, a empatia no atendimento médico de pacientes com fibromialgia tem se mostrado como fator fundamental. Pesquisas têm demonstrado que altos níveis de empatia estavam relacionados a resultados positivos para os pacientes com dor crônica.⁷² Na área da saúde, a empatia é definida como um atributo cognitivo que envolve a compreensão da experiência e perspectiva do paciente, como um indivíduo separado, combinado com a capacidade de comunicar essa compreensão ao paciente.⁵⁰

Pesquisas recentes no campo da neurociência cognitiva lançaram luz sobre os circuitos neurais que são ativados durante as respostas à dor em um contexto empático. Os pacientes diagnosticados não possuem nenhum sinal externo, físico, de todo o sofrimento e ao relatarem suas dores, em diversas partes do corpo, são frequentemente desacreditados pelos médicos residentes, os quais atuam no primeiro contato e atendimento, mas também pela equipe multiprofissional, muitas vezes sendo encaminhados para a psiquiatria sem o diagnóstico correto^{17, 70}.

Devido a isto, é nítida a falta de empatia entre os profissionais da saúde, o que além de postergar ainda mais o diagnóstico correto, contribui com a piora nos quadros de depressão e menor adesão ao tratamento que são frequentes nos pacientes com FM. Embora a causa ou causas da FM permaneçam desconhecidas, os médicos residentes

devem estar cientes da complexidade e do que se sabe atualmente sobre a sua patogênese. Discutir com os pacientes em geral o que é compreendido, bem como reconhecer e compreender as incertezas e dificuldades dos mesmos é parte vital do processo educacional do profissional para o pleno gerenciamento da doença^{8,48}.

Maeda et al.⁴⁴, afirmam que a formação médica se tornará mais eficaz quando se articula os conhecimentos teóricos e técnicos aos aspectos afetivos desenvolvendo a capacidade de escuta e empatia. E para isto, é necessário melhorar a preparação quanto aos conteúdos humanísticos relacionados ao adoecer durante a graduação e a residência, pois o desenvolvimento do perfil do médico está intimamente ligado à sua formação.⁶³

Em vista disso, Homma et al.⁷¹, avaliaram as percepções da doença entre pacientes com fibromialgia frente às respostas negativas de profissionais médicos e número de visitas ao hospital. Houve forte correlação da insatisfação dos pacientes com a percepção de mau controle do tratamento, a experiência de ser desconsiderado, e também com a sensação de ser incompreendido pelos profissionais médicos. Esses pacientes visitaram menos o hospital que os pacientes com boas percepções acerca do tratamento e acolhimento médico. Além disso, os pesquisadores afirmaram que os médicos não devem enfatizar apenas o estado psicológico negativo dos pacientes, mas também devem transmitir uma atitude de respeito, empatia e ajudar os pacientes a compreender que seu tratamento atual é útil.⁷¹

Em 2013 foi realizado o estudo Higgs que teve como objetivo investigar as percepções de residentes e profissionais que prestam o primeiro atendimento sobre o atendimento e diagnóstico de pacientes com fibromialgia (FM). Para isso, foi realizada uma revisão sistemática da literatura, seguida de uma análise qualitativa dos dados encontrados. Os resultados mostraram que, mesmo após anos de pesquisa sobre a FM, os

profissionais de saúde ainda se sentem incapazes de enfrentar o desafio do atendimento e diagnóstico de pacientes com essa condição.⁷²

Segundo o estudo, os principais desafios enfrentados pelos profissionais incluem a falta de conhecimento sobre a FM, a dificuldade em estabelecer um diagnóstico preciso, a falta de tratamentos efetivos e a falta de recursos adequados para lidar com a dor crônica associada à FM. Além disso, o estudo apontou a importância de uma abordagem multidisciplinar no tratamento da FM, envolvendo médicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais de saúde. Também destacou a necessidade de se promover mais educação e treinamento para os profissionais de saúde, a fim de melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes com FM.⁷²

No entanto, de acordo com Higgs⁷², mesmo após anos de pesquisa, os residentes e profissionais que prestam o primeiro atendimento ao paciente com FM sentem-se incapazes de enfrentar o desafio diante do atendimento e diagnóstico, e por isso, alguns profissionais acabam encaminhando rotineiramente os pacientes com FM para atendimento fora da reumatologia, pois, acreditam estar lidando com uma “condição amargamente controversa”.⁷¹

Nessa condição, os residentes/profissionais são frequentemente desafiados por um paciente infeliz que está desesperado por ter uma longa lista de sintomas, frequentemente catastróficos, abordados depois de ter dois ou mais anos de testes anteriores, diagnósticos alternativos, tentativas de tratamento falhadas e comorbidades para revisar. Porém, há uma minoria dos profissionais que superam este desafio para controlar a FM de forma independente, relatam o alcance de uma qualidade de vida aceitável em 28% a 60% dos casos⁷³.

Estes estudos reforçam a falta de preparo entre a maioria dos profissionais residentes, os quais não sabem lidar com a complexidade dos atendimentos que envolvem

o paciente fibromiálgico, que deve ir além do conhecimento teórico e técnico, a prática de empatia. Esta que é de suma importância na área médica como a habilidade de identificar e compreender os sentimentos do doente e a relação paciente-doença, promovendo aumento da confiança, da lealdade e do respeito entre médico e paciente.⁵²

Esta falta de preparo ainda não foi totalmente elucidada, porém os estudos mostram indícios de falhas em suas formações acadêmicas, o que envolve desde o papel dos preceptores até o conhecimento e vivência da necessidade de empatia dos próprios residentes. O médico residente possui através da residência uma das suas maiores fontes de conhecimento e qualificação profissional, pois é nesse período que ocorre o desenvolvimento do perfil profissional do médico, sendo o seu diferencial. Sabemos que a atuação profissional vai além da transmissão de conhecimento, sendo necessário desenvolver e estabelecer habilidades comportamentais e atitudes esperadas a serem cumpridos por estes futuros especialistas.⁵²

Nesse sentido, destaca-se que o conhecimento e o desenvolvimento do perfil profissional ocorrem através da interação entre o indivíduo e o meio educacional, onde as experiências adquiridas na prática médica, com o paciente e os preceptores formam a base da sua formação completa. Por isso, os preceptores são considerados os pilares dessa formação sendo responsáveis pela orientação, supervisão e exemplo na formação dos médicos residentes.⁵²

Desta forma, é de suma relevância que os preceptores acompanhem diariamente o desenvolvimento de habilidades que vão além do conhecimento técnico e vise proporcionar maior compreensão, bem-estar físico, mental e social dos pacientes. Haja vista ser de extrema importância, essencialmente ao paciente fibromiálgico cuja doença ultrapassa um conjunto de sinais e sintomas físicos, sendo as alterações psicológicas e

comorbidades características limitadoras e desafiadoras aos médicos em formação, portanto devendo ser analisado sob uma ótica global.⁵²

Para fins de padronização de abordagem aos pacientes, alguns serviços de saúde adotam checklists ou manuais publicados com o intuito de contribuir com o avanço de determinadas áreas. Na reumatologia em específico, ainda não existe um manual que trate de algo subjetivo como é a presença de empatia na relação médico-paciente.

Diante do exposto verifica-se a importância de se produzir um manual para prática de empatia no atendimento de pacientes com fibromialgia poderá contribuir com a equipe de residência, bem como os pacientes, gerando uma conquista profissional, a fim de estabelecer uma relação médico-paciente tão importante na vida profissional, além da contribuição científica que os resultados do estudo poderão trazer.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar um material didático-instrucional, em forma de manual, sobre a prática de empatia no atendimento do paciente com fibromialgia assistido na Residência Médica de Reumatologia.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a percepção dos preceptores e residentes acerca da prática de empatia nos atendimentos aos portadores de Fibromialgia.
- Mostrar a relação entre a experiência profissional e a qualidade do atendimento médico. Todos os participantes do estudo são do sexo feminino, sendo que os preceptores têm uma média de 20 anos de atuação na área de reumatologia, com idades variando entre 48, 52, 50 e 61 anos. Por outro lado, os residentes possuem uma média de 5 anos de formação na área médica, sendo suas idades de 27, 28, 29 e 32 anos.
- Elaborar material didático-instrucional (manual) sobre a prática de empatia no atendimento médico do paciente com fibromialgia com base nos achados do estudo sobre a percepção dos preceptores e residentes sobre o tema proposto e com base na literatura;
- Elaborar um relatório técnico direcionado à gestão da equipe avaliada para informar os resultados da pesquisa e recomendar a adoção do material elaborado visando a melhoria da assistência profissional com a prática da empatia aos pacientes com Fibromialgia.

III METODOLOGIA

3.1 Desenho/tipo de pesquisa

A primeira etapa da pesquisa é de cunho qualitativo. Foi realizada uma entrevista semiestruturada para avaliação da percepção de preceptores da residência médica em reumatologia sobre a prática de empatia pelos médicos residentes e para avaliar os residentes em relação ao seu atendimento nos atendimentos aos pacientes com fibromialgia.

Na segunda etapa foi desenvolvido material didático-instrucional no formato de manual com orientações de melhoria na assistência médica profissional em relação à prática de empatia aos pacientes com FM, com base nos achados da primeira etapa do estudo foi elaborado um artigo científico e um relatório técnico ao serviço de residência médica onde foi desenvolvida a pesquisa.

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Mestrado Profissional em Educação para o ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), tendo como ponto de partida a experiência da pesquisadora durante sua residência médica em reumatologia no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). O HULW é pioneiro na implantação da Residência Médica em Reumatologia no estado da Paraíba e, desde sua fundação em 2013, tem formado dois residentes por ano. Até o ano de 2023, já haviam sido formados 20 residentes. O serviço conta com sete preceptores, sendo seis mulheres e um homem.

Os preceptores possuem ampla formação na área, sendo que três deles possuem doutorado, três possuem mestrado e todos são titulados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia. O serviço é dividido em sete ambulatórios específicos para tratamento de diversas patologias reumatológicas, como espondiloartrite, lúpus sistêmico, vasculites, artrite reumatoide, síndrome de Sjogren, esclerose sistêmica, osteoporose, osteoartrose, fibromialgia e um ambulatório geral.

Os residentes, também atendem no centro de infusão para avaliar liberação e acompanhamento dos pacientes que usam medicamentos de alto custo, passam visita na enfermaria para discutir os pacientes internados e realizam durante a formação um rodízio especial na reumato-pediatria, fisioterapia e dermatologia. Essas atividades complementares destacam a qualidade do serviço oferecido pela residência, que busca formar profissionais capacitados e preparados para atuar na área de reumatologia.

Este programa apresenta ainda o compromisso de desenvolver a formação profissional de médicos residentes capazes de prestar uma assistência humanizada aos pacientes com doenças reumatológicas imunomediadas.

O ambulatório de fibromialgia corresponde a uma das principais demandas de atendimento dos ambulatórios específicos, o que gera escassez de vaga levando uma grande parte desses pacientes a serem atendidos e manejados nos ambulatórios específicos de outras comorbidades reumatológicas.

3.3 período do estudo

O estudo foi desenvolvido teve início em outubro de 2021 e foi concluído em dezembro de 2022, com a coleta de dados entre maio e julho de 2022.

3.4 População

Preceptores e residentes pertencentes ao programa de Residência Médica em Reumatologia do HULW (João Pessoa – PB).

3.5 Amostra

Para a participação na 1ª etapa da pesquisa, a amostra foi obtida por conveniência entre os preceptores e residentes inseridos na residência médica em Reumatologia do HULW que preenchiam os critérios de elegibilidade da pesquisa e que concordaram em participar da pesquisa no período definido para o estudo.

3.6 Critérios de elegibilidade

Foram adotados como critérios de inclusão: preceptores e residentes pertencentes ao programa de Residência Médica em Reumatologia do HULW e como critérios de exclusão: preceptores e residentes pertencentes a outros programas de Residência Médica. Residentes e preceptores em Reumatologia que se encontravam afastados da residência por férias ou licenças durante a etapa de coleta de dados da pesquisa.

3.7 Instrumentos e técnicas para o desenvolvimento das etapas do estudo

Inicialmente foi estabelecido o contato com a Coordenação do Programa de Residência Médica, que forneceu os e-mails e contatos telefônicos dos residentes, assim como a anuência (Apêndice 1). A coleta de dados referente à primeira etapa do estudo foi realizada através de ambiente virtual. Para isso, foi encaminhado aos participantes o

convite para participação na pesquisa via e-mail individual e/ou WhatsApp, a fim de impedir a identificação dos convidados e a visualização dos seus dados de contato por terceiros.

Através do convite, foi apresentado o objetivo e detalhamento da pesquisa. Além disso, foi esclarecido que antes de qualquer participação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (Apêndice 5) deveria ser preenchido e devidamente assinado (digitalmente) para a sua anuência. Buscou-se garantir ao participante da pesquisa o sigilo das informações, bem como o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.

Para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada com os preceptores e residentes, elegíveis para o estudo. Para facilitar a coleta de dados, a entrevista foi realizada através da plataforma Zoom, gratuita e de fácil acesso, com uma duração média de trinta minutos, e foi agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um smartphone para posterior transcrição.

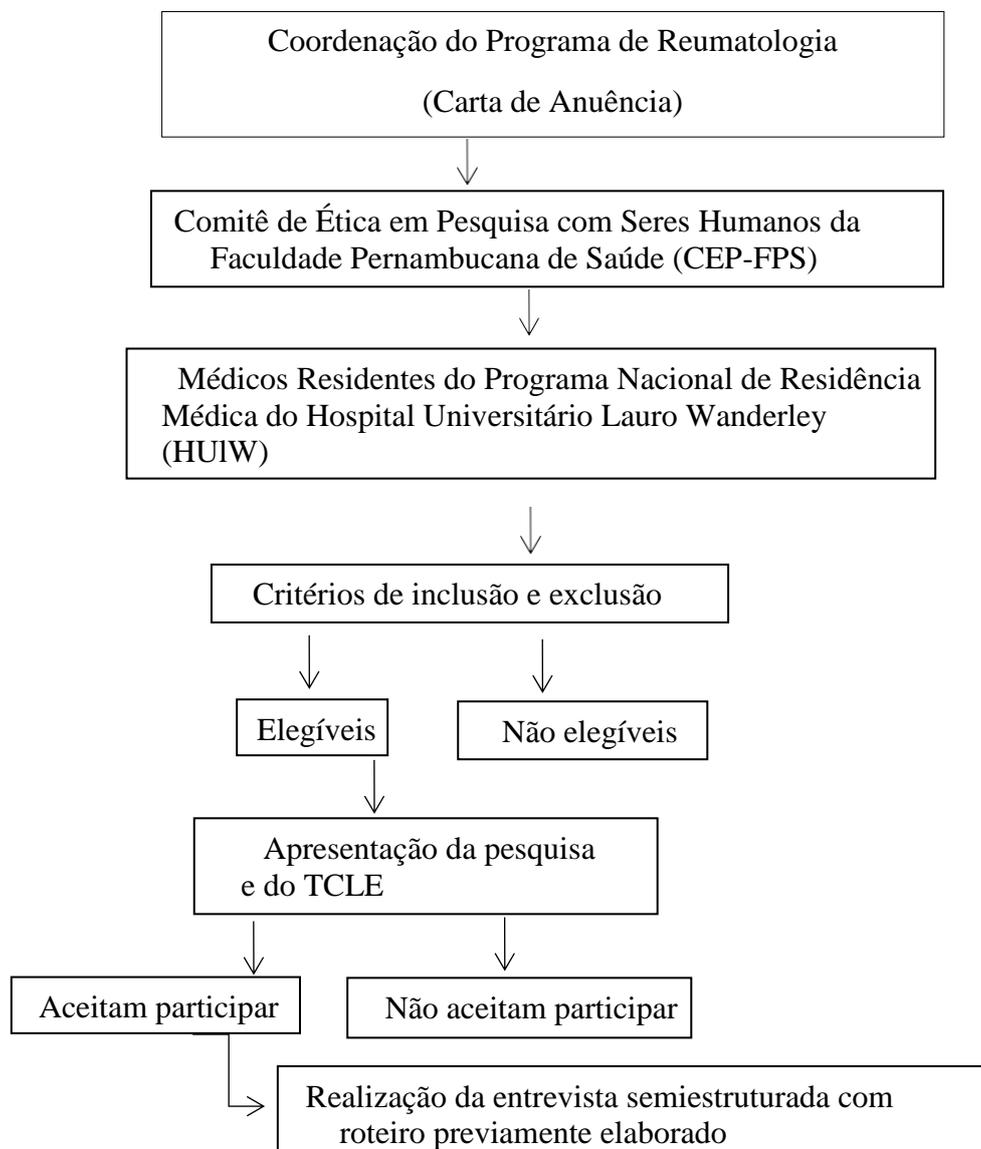
A entrevista foi realizada através de um roteiro seguido pelo entrevistador (Apêndice 1 e Apêndice 2), com tópicos para direcionar perguntas a respeito da percepção dos preceptores e residentes sobre a prática de empatia no atendimento dos pacientes fibromiálgicos, bem como a sua relação e influência nesse processo, com o objetivo de explorar a percepção dos entrevistados em relação ao tema importante para a discussão, de acordo com a revisão de literatura.

O roteiro da entrevista foi testado antes de sua utilização definitiva, por meio da aplicação de alguns exemplares entre três reumatologistas, visando evitar possíveis falhas, como questões desnecessárias.

Após aplicação da entrevista, foi realizada uma revisão narrativa da literatura afim de cruzar as informações coletadas nas entrevistas com o que já existe na literatura, para que fosse possível um melhor direcionamento dos itens do produto final (manual didático-institucional).

A revisão foi realizada nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Scielo e Google acadêmico. As palavras-chave utilizadas nas três primeiras bases foram selecionadas a partir dos descritores cadastrados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e no Google Acadêmico. Foram aplicadas palavras ou expressões que melhor representam a temática. Não houve aplicação de filtro de idioma ou local de publicação.

3.8 Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes



3.9 Desenvolvimento do Material didático-instrucional

Elaborou-se um material didático-instrucional em forma de manual com o objetivo de orientar sobre o valor e a necessidade da prática de empatia no atendimento médico ao paciente com fibromialgia, como principal pilar na relação médico-paciente e

adesão ao tratamento. Visando, dessa forma, a formação completa de médicos especialistas com consciência e capacidade de praticar a empatia diante da importância da boa relação médico paciente para um melhor desfecho clínico e qualidade de vida dos portadores de fibromialgia. Esta pesquisa foi de grande valia para os pacientes e para a equipe multiprofissional, bem como para a população em geral e a comunidade científica.

Para a elaboração do manual foram utilizadas as informações obtidas através de levantamento da literatura publicada sobre o tema buscando contribuições teóricas de autores que redigiram livros, artigos, dissertações e teses sobre os métodos e abordagens a respeito da empatia no ambiente de trabalho, na sala de aula e entre médicos e pacientes portadores de FM.

Também foram considerados materiais relacionados ao atendimento humanizado aplicado em diversos serviços de saúde, bem como as abordagens de situações diárias que interferem no processo do ensino e da aprendizagem a respeito da relação médico-paciente. Além disso, também foram utilizadas as informações obtidas através da avaliação das entrevistas semiestruturadas. O manual foi elaborado através do *software* de imagens *Canva*.

Os produtos foram estruturados e revisados pelos pesquisadores, para a criação de um manual. Uma vez finalizado o estudo, os pesquisadores emitiram um relatório técnico apresentando os resultados obtidos pela pesquisa, que foi destinado à gestão da residência em Reumatologia do HULW para apreciação dos resultados e, também, recomendação de adesão ao manual elaborado.

3.10 Análise de dados

3.10.1 Primeira Etapa

A análise de dados foi realizada de acordo com Bardin⁷⁴, que se divide em três etapas fundamentais: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; inferência e interpretação. Na primeira etapa de pré-análise as entrevistas, foram transcritas no Word (fase 1), não foi descrito expressões dos participantes captadas no vídeo. Foram doze páginas de material transcrito oriundo das falas dos participantes.

Na exploração do material foi criada uma planilha de Excel. Na primeira coluna, foi enumerado as entrevistas na seguinte ordem: primeiro os residentes (R1, R2, R3 e R4) e em seguida os preceptores (P1, P2, P3 e P4). Nas colunas seguintes, foram inseridas informações relevantes discutidas em cada entrevista, como a complexidade no atendimento do fibromialgico; opinião a respeito da empatia no atendimento ambulatorial desses pacientes e a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional.

Em seguida, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e registrados de maneira clara e objetiva e agregados em unidades como: conhecimento dos residentes sobre a doença; as necessidades dos pacientes com fibromialgia; quantidade de atendimento destinado a cada residente; importância da comunicação não verbal e linguagem corporal do paciente no tratamento do fibromialgico.

A etapa de estabelecimento das categorias analíticas do trabalho, foram seguidos os princípios propostos por Bardin⁷⁴. Esses princípios incluem a exclusão mútua entre as categorias, a homogeneidade das categorias, a pertinência que garante a não distorção da mensagem transmitida, a objetividade/fidelidade na compreensão e clareza e a

produtividade. Tais princípios foram considerados na formulação das categorias analíticas, garantindo assim uma análise rigorosa e precisa dos dados.

No processo de interpretação dos dados, o referencial teórico (capítulos de livros, artigos científicos, teses e dissertações) foi utilizado para embasar as análises realizadas. Dessa forma, as análises foram conduzidas com base em conceitos e teorias previamente estabelecidos, o que permitiu uma compreensão mais aprofundada dos dados coletados. O referencial teórico foi fundamental para dar sentido à interpretação final, possibilitando uma análise crítica e fundamentada dos resultados obtidos.

3.10.2 Segunda etapa

A construção do manual seguiu às seguintes fases: 1. Levantamento do conteúdo temático resultado das entrevistas semiestruturadas; 2. Revisão literária do conteúdo através de pesquisas científicas entre o ano 2010 e 2022 que apresentaram os descritores “Empatia no atendimento médico”, “Educação médica”, “fibromialgia”, “*Empathy in medical care*”, “*Medical education*”, “*fibromyalgia*” nas seguintes bases de dados: SciELO, Biblioteca virtual em Saúde; 3. Descrição e fechamento do conteúdo onde foi abordado a prática de empatia no atendimento e tratamento da fibromialgia, bem como dicas e estratégias para gerenciamento da dor e melhoria da qualidade de vida. ; 4. Elaboração de objetivos para cada conteúdo; 5. Organização estrutural do manual foi em seções, cada uma abordando um tema específico relacionado à prática de empatia no paciente com fibromialgia. Cada seção foi dividida em subseções, com informações mais detalhadas sobre cada aspecto do tema abordado. O manual também incluiu ilustrações para ajudar na compreensão do conteúdo.; 6. Diagramação foi feita com cores roxas que

representam a campanha criada para alertar e conscientizar a população sobre a fibromialgia.

3.11 Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS), anuência da Instituição e de seus participantes através da Carta de Anuência (Apêndice 1) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchidos e assinados (Apêndice 5), garantindo o sigilo das informações.

Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao tempo gasto, bem como possível constrangimento ao responder alguma pergunta durante a entrevista semiestruturada. O tempo dispendido para a realização da coleta de dados será de 30 minutos. Além disso, os participantes tiveram a opção de não responder algum questionamento caso houvesse constrangimento.

Há o risco inerente a qualquer acesso à internet, porém os pesquisadores asseguraram que informações não fornecidas pelo participante (por exemplo, IP) não fossem acessadas pelo pesquisador e limitando-se, esse, à pesquisa, sem divulgação nem extravio de dados. Uma vez concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável fez o download dos dados coletados para um computador, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou nuvem.

Não há riscos óbvios para a população; visto que o benefício da pesquisa é garantir que os pacientes com fibromialgia tenham um atendimento integral.

Ademais, a pesquisa visou os benefícios de os participantes refletirem sobre as melhores formas de prestar um atendimento de qualidade aos pacientes com fibromialgia

durante a residência médica em reumatologia, além de ensino e da aprendizagem dos envolvidos, o desdobramento do tema proposto e obedeceu a proteção dos participantes através das Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). CAAE nº58327422.7.000.5569.

IV RESULTADOS

Os resultados obtidos desta dissertação foram divididos em três produtos, a saber:

5.1 Artigo científico intitulado “Percepção da empatia no atendimento ambulatorial do paciente com fibromialgia pelos médicos residentes em reumatologia” que será Submetido à Revista Brasileira de Educação Médica, Qualis CAPES para Ensino B2.

5.2 Relatório técnico intitulado “Prática de empatia no atendimento ambulatorial de pacientes com fibromialgia no Hospital Universitário Lauro Wanderley: percepções de preceptores e médicos residentes em reumatologia”, que será encaminhado à coordenação do programa de residência em reumatologia da UFPB, contendo os resultados obtidos.

5.3. Manual intitulado “Material didático-instrucional para melhoria na assistência médica profissional com a prática de empatia aos pacientes com fibromialgia” que será direcionado a preceptores e médicos residentes com orientações sobre a prática de empatia na melhora da relação médico-paciente.

PERCEPÇÃO DA EMPATIA NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE COM FIBROMIALGIA PELOS MÉDICOS RESIDENTES EM REUMATOLOGIA

PERCEPTION OF EMPATHY IN OUTPATIENT CARE FOR PATIENTS WITH FIBROMYALGIA BY RESIDENT PHYSICIANS IN RHEUMATOLOGY

Sanna Paula Pires Mariano Campos¹, sanninhapaula@hotmail.com

José Roberto da Silva Junior¹, roberto.junior@fps.edu.br

Maria Roberta Melo P. Soares¹, mariarobertam@hotmail.com.br

RESUMO

Introdução: a empatia é importante para estabelecer uma boa relação médico-paciente e promover a adesão aos tratamentos. No entanto, a literatura destaca a falta de preparo dos profissionais e a ausência de empatia no atendimento, especialmente em pacientes com fibromialgia. **Objetivo:** avaliar a percepção de preceptores e dos residentes da residência médica em reumatologia sobre a prática de empatia no atendimento ambulatorial ao paciente com fibromialgia. **Método:** estudo qualitativo realizado com residentes e preceptores do Programa Nacional de Residência Médica na Paraíba. Os dados foram obtidos por meio de gravação de vídeo e áudio. **Resultados:** participaram do estudo 4 residentes e 4 preceptores. Os residentes mostram entender os sintomas que envolvem a doença, a importância de uma equipe multidisciplinar e o atendimento integral vai sendo aprimorado durante a formação médica. A entrevista possibilitou o surgimento de três categorias temáticas que são: A complexidade no atendimento a pessoa com fibromialgia; empatia no cuidado médico e os desafios da interprofissionalidade e o desenvolvimento de habilidades empáticas na formação do residente. **Conclusão:** as narrativas dos profissionais apontam para a complexidade envolvida no atendimento aos pacientes com fibromialgia, indicando a necessidade do trabalho multiprofissional e mostram que a empatia permite que os médicos residentes se conectem com os pacientes através do interesse, compreensão, apoio emocional, paciência e tolerância. Melhorando dessa forma a qualidade do atendimento e ajudando os fibromiálgicos a gerenciar melhor sua condição.

Palavras-chave: Ensino em saúde; Empatia; Fibromialgia; Residência Médica.

ABSTRACT

Introduction: empathy is important to establish a good doctor-patient relationship and promote adherence to treatments. However, the literature highlights the lack of preparation of professionals and the lack of empathy in care, especially in patients with fibromyalgia. **Objective:** to evaluate the perception of preceptors and residents of medical residency in rheumatology about the practice of empathy in the care of patients with fibromyalgia. **Method:** qualitative study carried out with residents and preceptors of the National Medical Residency Program in Paraíba. Data were obtained through video and audio recording. **Results:** 4 residents and 4 preceptors participated in the study. Residents show that they understand the symptoms that involve the disease, the importance of a multidisciplinary team and comprehensive care are improved during medical training. The interview allowed for the emergence of three thematic categories, which are: The complexity of caring for people with fibromyalgia; empathy in medical care and the challenges of interprofessionalism and the development of empathic skills in resident training. **Conclusion:** the professionals narratives point to the complexity involved in caring for patients with fibromyalgia, indicating the need for multidisciplinary work and showing that empathy allows resident physicians to connect with patients through interest, understanding, emotional support, patience and tolerance. Thus, improving the quality of care and helping fibromyalgia sufferers to better manage their condition.

Keywords: Health education; Empathy; Fibromyalgia; Medical Residency.

¹Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-PE.

INTRODUÇÃO

No contexto dos cuidados em saúde, define-se “empatia” como um atributo cognitivo que envolve a compreensão das experiências e perspectivas internas do paciente enquanto indivíduo separado, combinada à capacidade de comunicar essa compreensão ao paciente^{1,2}.

A empatia na área médica é uma habilidade importante e necessária para se estabelecer uma boa relação médico-paciente, sendo definida através da compreensão do comportamento humano e um olhar voltado para o outro. É essencial que os profissionais responsáveis pelo primeiro contato com o paciente com dor crônica possuam esta habilidade e estejam preparados, a fim de compreender, diagnosticar, lidar e tratar o paciente^{1,2}.

Os pacientes com fibromialgia sofrem de dor crônica generalizada, rigidez, fadiga, distúrbios do sono, disfunção cognitiva, além de ansiedade e depressão¹⁻³. Esses pacientes diagnosticados não possuem nenhum sinal externo, físico, de todo o sofrimento e ao relatarem suas dores, em diversas partes do corpo, são frequentemente desacreditados pelos médicos e equipe multidisciplinar, muitas vezes sendo encaminhados para a psiquiatria sem o diagnóstico correto².

Devido a isto, é nítida a falta de empatia entre os profissionais da saúde, o que além de postergar ainda mais o diagnóstico correto, contribui com a piora nos quadros de depressão e menor adesão ao tratamento. Embora a causas da doença permaneçam desconhecidas, os médicos residentes devem estar cientes da complexidade e do que se sabe atualmente sobre a sua patogênese^{2,4,5}.

A residência médica é fundamental para promover a articulação teórico-prática da formação, a fim de preparar e aprimorar os profissionais para os desafios da profissão^{1,11}. Haja vista que, é considerada uma modalidade de desenvolvimento profissional baseada na aprendizagem pela prática cotidiana, sendo marcada pela aquisição progressiva de conhecimento técnico e habilidades, como a empatia e a humanização no atendimento, as quais são essenciais para o desenvolvimento completo do profissional⁶⁻⁸.

O conhecimento e o desenvolvimento do perfil profissional são produtos da interação entre o indivíduo e o meio educacional, onde as experiências adquiridas na prática médica, com o paciente e os preceptores com os quais se relacionam, são de extrema importância para a sua formação completa.⁹ Por isso, tem-se como pilar dessa formação, o preceptor que domina a prática clínica e educacional sendo responsável pela orientação, supervisão e exemplo na formação dos médicos residentes^{10,11}.

Esse estudo objetivou analisar a percepção dos preceptores e residentes em relação a prática de empatia no atendimento dos pacientes com fibromialgia.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que traz o relato sobre o atendimento aos pacientes com fibromialgia, em um serviço do Programa Nacional de Residência Médica em Reumatologia desenvolvido em uma cidade do Nordeste do país. Os dados foram coletados entre os meses de maio a julho de 2022. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP/FPS) vide CAAE nº58327422.7.000.5569 e parecer nº 5.405.010.

Incluíram-se um grupo de residentes do primeiro (R1), segundo (R2) ano e preceptores, e excluíram-se aqueles afastados da residência por motivo de saúde e/ou licença gestação, férias, ou residentes de outros serviços que estivessem realizando rodízio optativo na instituição durante a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas individualmente através da plataforma *Zoom* e tiveram um tempo médio de duração de cerca de 25 minutos.

Os dados foram analisados através da técnica de Análise Temáticas proposta por Bardin¹²: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos. Primeiro, na etapa de pré-análise, as entrevistas foram transcritas e exploradas em uma planilha de Excel. Em seguida, foram realizados recortes com base na convergência do conteúdo semântico e agregados em unidades.

Na etapa de estabelecimento das categorias analíticas, foram seguidos os princípios de exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade, pertinência, objetividade/fidelidade e produtividade, garantindo uma análise rigorosa e precisa dos dados.

Por fim, na etapa de interpretação dos dados, o referencial teórico foi utilizado para embasar as análises realizadas, possibilitando uma compreensão mais aprofundada dos dados coletados e uma análise crítica e fundamentada dos resultados obtidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população da pesquisa é composta por 4 residentes e 4 preceptores do programa de residência médica em Reumatologia, todos do gênero feminino. Os preceptores têm uma média de 20 anos de atuação na área de reumatologia atendendo pacientes com fibromialgia, com idades variando entre 48 e 61 anos, enquanto os residentes possuem uma média de 5 anos de formação na área médica, com idades variando entre 27 e 32 anos.

A análise das entrevistas permitiu o surgimento de três categorias temáticas, a saber: 1) A complexidade no atendimento a pessoa com fibromialgia; 2) Empatia no cuidado médico e os desafios da interprofissionalidade; e 3) Desenvolvimento de habilidades empáticas na formação do residente.

A complexidade no atendimento a pessoa com fibromialgia

A partir das respostas da entrevista semi-estruturada, pode-se concluir que os residentes possuem compreensão dos sintomas e complexidade do atendimento de

pacientes com fibromialgia, enquanto os preceptores destacam que os residentes demonstram atenção aos aspectos emocionais dos pacientes, habilidade que é aprimorada ao longo do tempo durante a formação na residência médica.

“[...]É um paciente cheio de sintomas, onde além da fibromialgia; tem artrose, doenças autoimunes, é uma das mais difíceis de se tratar [...] falta de apoio familiar, sem condições de comprar os medicamentos e traumas familiares.” (R1)

“É cansativo, são muitas queixas, tentar caracterizar o que está incomodando mais [...] relatos de experiências pessoais ruins. Também tem um pouco de frustração que não responde aos medicamentos e não faz as outras terapias.” (R2)

“Faltam dados objetivos para avaliar a melhora ou piora, não é algo que a gente possa medir, é só o que o paciente conta. [...]” (R3)

“Paciente difícil, você dá várias opções, levando em conta a realidade deles, mesmo assim colocam todas as dificuldades, parece que a vida dele é um transtorno sem saída [...].” (R4)

“Os residentes dão atenção aos aspectos emocionais do paciente, embora essa compressão e aceitação esteja ligado ao residente, o ensinamento na residência serve para aprimorar essa compressão ao longo do tempo”. (P3)

“Eles compreendem e aceitam, ao longo da formação eles passam a entender que a qualidade de vida do paciente pode ser mais importante que a cura nestes casos de fibromialgia”. (P4)

A Fibromialgia causa dores intensas, crônicas e persistentes podendo estar associada a depressão e ansiedade, reunindo fatores desencadeantes e mantenedores, sendo estes de origem somática, ambiental e psicológico¹³⁻¹⁷ como o trauma de infância que foi relatado por 96,5% dos pacientes¹⁵.

Essa síndrome clínica pode ocorrer associada a outras doenças reumatológicas¹⁷. No exame físico e nos exames laboratoriais ou de imagem não são encontradas evidências de inflamação, sendo os critérios de diagnóstico e avaliação da doença subjetivos que levam em conta os sintomas referidos pelo doente¹⁵⁻¹⁷.

O sucesso no tratamento depende de uma boa rede de apoio familiar para ajuda a enfrentar a doença. Esse apoio vai desde o auxílio nas atividades domésticas, acompanhamento nas consultas, entender a respeito da doença e incentivar na realização das atividades físicas, e suporte emocional durante as crises. Apesar de alguns familiares terem vontade em participar do tratamento, sentem a resistência do fibromiálgico que, muitas vezes, opta pelo isolamento a ter que sobrecarregar a família¹⁵.

O que também dificulta o tratamento é o atendimento médico com indiferença em relação a dor, os fibromiálgicos referem que isso se deve ao desconhecimento do grau de sofrimento e todas as alterações que a doença leva⁴.

Por outro lado, os médicos residentes se sentem exauridos após o atendimento de um paciente com fibromiálgia devido a exigência que o paciente tem em relação ao tratamento e a sua cura².

Apesar da complexidade no atendimento ao paciente com fibromiálgia ser um desafio para o profissional médico, ela pode servir como uma oportunidade para aprimorar sua capacidade de empatia, compreensão e cuidado, tanto com o paciente quanto consigo mesmo.^{2,18}

A compreensão da doença ajuda na motivação do profissional de saúde, sendo um fator importante para estimular o apoio e encorajamento, a fim de aumentar a adesão do paciente ao tratamento da fibromiálgia². A participação ativa do paciente, entendendo a respeito da doença, suas limitações e necessidades de priorizar o que foi proposto levam a melhores resultados em termos de redução da dor e melhora da qualidade de vida^{5,15,16}.

Essa compreensão inicia com um atendimento individualizado, sendo a anamnese rica em informações e o exame físico minucioso, o que muitas vezes torna a consulta demorada^{2,21,24}.

Quando abordados se a quantidade de atendimento prejudica a relação médico-paciente há uma discrepância entre as respostas dos residentes e dos preceptores. Os residentes afirmam que a quantidade de atendimento prejudica a relação médico-paciente e, conseqüentemente, a prática da empatia. Por outro lado, os preceptores afirmam que a quantidade de atendimento destinado a cada residente segue as normas do Ministério da Educação (MEC) e, portanto, não afeta a prática da empatia.

“A quantidade de atendimento para um médico residente em alguns momentos prejudica a relação médico-paciente [...]” (R1)

“O problema não é a quantidade é o tempo que essa consulta leva, são muitas queixas [...]A relação médico paciente precisa de tempo e uma boa comunicação” (R2)

“A consulta é demorada e se tiver muito paciente para atender é pior para estabelecer uma relação de confiança com o paciente [...]” (R3)

“É um atendimento que precisa de tempo [...] apesar de não ser muitos atendimentos, eles são demorados[...]” (R4)

“Não acontece no serviço, pois é seguido a quantidade máxima de atendimento para cada residente de acordo com a norma do MEC, salvo raras exceções o tempo não interfere na qualidade do atendimento prestado.” (P1, P2, P3 E P4)

Essa complexidade requer um maior preparo emocional do residente, a fim de evitar o afastamento do paciente e dificultar a relação médico-paciente, que ocorre quando o residente se sente tranquilo pela não gravidade da doença e atribui maior responsabilidade ao paciente na cura^{2,20}.

Embora, as normas do MEC sejam seguidas com relação a quantidade de pacientes por cada residente, o tempo dispendido com cada paciente não é o único fator que determina a relação médico-paciente, outros fatores importantes são: a comunicação eficaz, para que o paciente entenda a respeito da doença; condições de saúde; opções de tratamento e os seus possíveis resultados; competência técnica; e a empatia, escuta ativa para o médico ouvir e entender as preocupações e dúvidas do paciente. Dessa forma o residente consegue oferecer um atendimento de qualidade ao mesmo tempo que aprende e desenvolve suas habilidades^{2,19}.

Portanto, quando o residente atende mais pacientes do que o preconizado a qualidade do atendimento é prejudicada, seja fadiga ou estresse, dificultando a comunicação e clareza na tomada de tomar decisões^{25,26}

Empatia no cuidado médico e os desafios da interprofissionalidade

Tanto os preceptores quanto os residentes entrevistados reconhecem a importância da comunicação não verbal e da linguagem corporal na abordagem dos pacientes com fibromialgia. Os residentes relataram que buscam transmitir otimismo e esperança aos pacientes, explicando claramente suas condições e buscando entender suas dificuldades de comunicação. Os preceptores, por sua vez, observaram que os residentes têm compreensão da relação médico-paciente e da importância da comunicação não verbal na prática clínica, embora essa compreensão possa ser aprimorada ao longo da formação. Ambos os relatos destacam a importância da empatia e da compreensão dos pacientes com fibromialgia, tanto em relação às suas necessidades físicas quanto emocionais, para um atendimento efetivo e humano.

“Eles já entram na consulta triste e desacreditados com a melhora, eu oriento, converso e tento ser otimista [...] tento passar otimismo e esperança.” (R1)

“Compreendo a comunicação não verbal e a linguagem corporal desse paciente e sei que eles precisam entender claramente o que explicamos “(R2)

“Com o tempo percebo que quanto mais pacientes atendemos mais fácil fica interpretar o que eles têm dificuldade de dizer.” (R3)

“Busco explicar para o paciente que aquelas dores têm uma causa tem uma explicação, converso [...]quem trabalha com essa doença sabe e compreende a importância da comunicação não verbal e linguagem corporal. (R4)”

“Os residentes são perseverantes em entender tudo que envolve os pacientes. A formação médica exige essa característica, apesar que esse olhar é algo intrínseco da personalidade de cada residente que nesse caso vai ser aprimorado ao longo da formação.” (P1)

“No início eu acredito que não, mas com o tempo na residência e o número de pacientes atendidos, eles passam á compreender e aceitar.” (P2)

Essa complexidade requer um maior preparo emocional do residente, a fim de evitar o afastamento do paciente e dificultar a relação médico-paciente, que ocorre quando o residente se sente tranquilo pela não gravidade da doença e atribui maior responsabilidade ao paciente na cura^{2,20}.

A comunicação fortalece essa relação, garantindo acolhimento, conforto, compreensão e orientação que serão importantes para diagnosticar e tratar os conflitos emocionais^{22,23}.

Ela pode se dar de duas formas que são verbais, quando expressa por fala e escrita, ou não verbal, quando envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, silêncio, expressões faciais, toque e postura corporal^{21,27}.

Portanto, a não verbal é observada através da linguagem corporal que pode ser com mudança na postura e gestos, não sendo necessário palavras para transmitir mensagens²¹. O médico também é observado pelo paciente e deve ter consciência da mensagem que transmite em relação à sua postura, gestos e aparência, para Moreto *et al.*²⁸concluíram que a aparência do médico é, para o paciente, um elemento relevante da própria competência deste profissional²⁹.

Estudos mostram que na medicina, a linguagem não verbal pode ser usada pelos médicos e outros profissionais de saúde para comunicar de forma eficaz com os pacientes e ao mesmo tempo avaliar a sua condição de saúde³⁰. O uso de técnicas de linguagem não verbal, como o toque terapêutico e a expressão facial, pode ajudar a aliviar a ansiedade dos pacientes e a melhorar a relação entre os pacientes e os profissionais de saúde³¹.

Estudos demonstram que 55% dos sentimentos são expressos através da comunicação não verbal, 38% pela voz e somente 7% são representados por palavras¹⁸. Para Novaes *et al.*³⁷ o impacto da comunicação não verbal sempre é mais forte do que a mensagem verbal simultânea, o que pode dificultar o estabelecimento dos vínculos de confiança caso não haja harmonia entre as comunicações verbal e não verbal²¹.

A linguagem não verbal é ensinada em muitas faculdades de medicina como parte do treinamento de habilidades clínicas. Os estudantes aprendem sobre a importância da linguagem não verbal na comunicação e como usá-la²⁴. Isso inclui como interpretar e usar sinais não verbais para determinar o estado emocional do paciente, como usar o contato visual e o toque terapêutico para criar uma sensação de confiança e como evitar

comportamentos não verbais que possam ser vistos como ameaçadores ou desrespeitosos³². Alguns programas de treinamento médico também usam simulações e atividades práticas para ensinar habilidades de comunicação não verbal para os estudantes de medicina²⁴.

Quando interrogados a respeito da equipe multidisciplinar os preceptores e residentes reconhecem a importância da integralidade na abordagem multidisciplinar no tratamento da fibromialgia.

“Só medicação não traz os resultados desejados, necessitam de outros profissionais” [...]. (R1)

“[...] precisa tratar a ansiedade e depressão, precisa fazer atividade física, [...]. Acho que é superimportante a psicologia [...] A integralidade de toda equipe multidisciplinar iria melhorar a vida desses pacientes” (R2)

“Esse paciente é carente de atenção [...] a medicação tem mais chance de fracassar quando não é feito o tratamento não medicamentoso [...] Atender e tratar o paciente fibromialgico depende de toda equipe multiprofissional.” (R3)

“Sabemos da necessidade de exercício físico e acompanhamento psicológico, aliado a medicação. Sempre oriento a necessidade do apoio da psicologia, psiquiatria e fisioterapia para auxiliar [...] A equipe multidisciplinar traz uma resposta positiva ao tratamento [...].” (R4)

“A equipe multidisciplinar é fundamental no tratamento da fibromialgia, uma vez que essa síndrome envolve diversos aspectos que vão além da dor [...]” (P3).

“É necessário um trabalho conjunto de profissionais [...]. Essa abordagem multidisciplinar visa a melhoria da qualidade de vida do paciente e a redução dos sintomas da doença, trazendo resultados positivos para o tratamento” (P4).

Durante a entrevista foi percebido a importância da equipe multidisciplinar já demonstrada em estudos. A importância da equipe multidisciplinar no atendimento do paciente com fibromialgia é inestimável, cada profissional tem o seu papel na doença ajudando o paciente a lidar com a doença e seus sintomas³³.

A psicologia atua de forma global no tratamento, abordando os aspectos psicológicos e sociais da doença³⁴. Com o tratamento adequado, ajuda os pacientes a terem um controle melhor da dor, através de técnicas adequadas de gerenciamento da dor e estresse mantém as habilidades funcionais do paciente em casa ou no trabalho²².

A associação da doença com depressão é comprovada em diversos estudos como esse realizado no Brasil que constatou que 30% dos pacientes fibromiálgicos exibiram depressão grave e 34%, depressão moderada; neste mesmo estudo foi verificado que 70% dos pacientes com FM apresentaram traço de ansiedade significativa³⁵.

Esses transtornos psicológicos estão associados ao perfeccionismo, à autocrítica severa, aos sentimentos de culpas, a baixa autoestima e a vitimização, sendo a psiquiatria que se dedica ao diagnóstico, tratamento e eficaz prevenção³⁶.

Portanto, é de extrema importância uma abordagem integrada entre a equipe multidisciplinar para o tratamento da fibromialgia, evitando dessa forma a incapacidade ao trabalho que pode gerar um impacto negativo na vida de pacientes em idade produtiva de trabalho e conseqüentemente queda na renda familiar³⁷.

Essa equipe inclui médicos reumatologistas, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatra. Os Reumatologistas, prescrevem medicamentos para aliviar a dor, astenia, cefaleia e a fadiga, além de orientá-los a respeito da doença e suas particularidades. Fisioterapeutas ajudam os pacientes a manter a flexibilidade e a força^{22,38}.

Psicólogos e psiquiatras trabalham para reduzir o impacto emocional da doença e transtornos que possam vir associados como ansiedade e depressão. A união torna o tratamento mais eficaz e garante o bem-estar do paciente^{22,23}.

Os preceptores e residentes reconhecem o desafio na integralidade nesse atendimento no serviço.

“A construção da integralidade no acompanhamento desse paciente é um compromisso de toda equipe de saúde, isso seria ideal em qualquer serviço, entretanto infelizmente isso muitas vezes é difícil na prática” (R1, R2)

“O serviço não dispõe de todos os profissionais necessários, além da quantidade não ser o suficiente para suprir a demanda o que torna essa integralidade impossível.” (R3)

“Muitos pacientes são do interior o que dificulta essa integralidade no acompanhamento, devido falta de muitos desses profissionais ou até mesmo pela quantidade de vagas ser escassa e não conseguir contemplar a todos que precisam.” (R4)

“Os residentes não conhecem a equipe multidisciplinar que vai atuar com esse paciente” (P1, P2, P3)

“Os residentes conhecem algumas equipes que vão atuar com esse paciente e fazem parte do Hospital Universitário” (P4)

A palavra multidisciplinar vem de “multi” que são grupos com diversas expertises que se complementam e formam uma equipe^{1,23}. O trabalho em conjunto serve para compartilharem informações e se complementam aprendendo e ensinando, além de evitar erros de tratamento²³.

Esse olhar abrangente ajuda a promover ações de saúde preventivas, otimizar o atendimento de pacientes de maneira mais precoce, diagnosticar e tratar novos sintomas, prevenir complicações, promover estilos de vida saudável e dar o melhor tratamento levando em conta a individualidade de cada paciente^{2,23}.

Devido à falta de uma equipe multidisciplinar no serviço, não existe discussão a respeito do paciente no serviço.

“Falta equipe multidisciplinar no posto de saúde ou demora esse atendimento e muitas vezes não conseguimos todos no serviço.” (R1, R4)

“Não discutimos” [...] (R2)

Eles não discutem a respeito do atendimento desse paciente (P1, P2, P3, P4)

Uma Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, revelou que a maioria dos brasileiros, cerca de 71,1% da população procura o serviço público de saúde para serem atendidos. Deste total, 47,9% apontaram as Unidades Básicas de Saúde como sua principal porta de entrada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)³⁹.

Existe dificuldade em se ter acesso a diversos profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar necessária para o tratamento de dor crônica nos serviços de saúde públicos no Brasil, isso atrasa o diagnóstico e o tratamento⁴⁰.

No entanto, é importante notar que há algumas exceções e iniciativas de melhoria no país e a necessidade de equipes multidisciplinares está sendo discutido e investido em alguns níveis de saúde. É importante que haja continuidade e aumento de recursos para promover a implementação de equipes multidisciplinares para melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes no país⁴¹.

Desenvolvimento de habilidades empáticas na formação do residente.

A empatia na medicina serve para identificar e compreender os sentimentos do doente, portanto se colocar no lugar de outra pessoa e entender sua perspectiva, ela abrange componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, sendo que sua prática gera confiança e respeito na relação médico paciente, ajudando a aumentar seu impacto terapêutico^{2,42}.

Vários recursos são utilizados na área médica, a fim ensinar a respeito dos sentimentos do doente, entre os quais o uso de literatura, teatro, cinema e outras artes, permitem que a empática se torne uma habilidade que pode ser desenvolvida através de treinamento e prática na formação médica⁴³.

Na própria formação médica alguns residentes podem ter mais experiência ou interesse em lidar com pacientes com fibromialgia e, portanto, ser mais sensíveis às necessidades desses pacientes, enquanto outros podem ter menos experiência e precisar de mais treinamento para desenvolver essas habilidades².

Alguns estudos mostram que as mulheres apresentam um grau maior de empatia que os homens. Em relação a especialidade médica um estudo observou que as mulheres tendem pelas áreas clínicas e que possuem maior grau de empatia em relação aos homens que preferem as áreas de cirurgia^{43,44}.

Davis acreditava que essa postura empática não poderia ser ensinada diretamente como uma habilidade, mas que poderia ser observada pelos preceptores, através de comportamentos específicos, como a capacidade de escutar ativamente, demonstrar interesse e preocupação genuína pelo paciente⁴².

A habilidade empática é influenciada por fatores genéticos e ambientais uma vez que a empatia é uma característica complexa que envolve diferentes aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Algumas características da personalidade podem facilitar a empatia, enquanto outras podem dificultá-la⁴⁵⁻⁴⁶.

Por exemplo, a personalidade afetiva, caracterizada por emoções intensas e instáveis, pode afetar negativamente a empatia, uma vez que a pessoa pode ser incapaz de separar suas próprias emoções das emoções dos outros. Por outro lado, a personalidade extrovertida, caracterizada por uma tendência a buscar contato social e a se envolver com os outros, pode facilitar a empatia, uma vez que a pessoa pode estar mais aberta a experimentar as emoções dos outros.⁴⁷

Além disso, o comportamento também pode afetar a empatia por meio de características como o neuroticismo, que está relacionado à tendência a experimentar emoções negativas, e a abertura à experiência, que está relacionada à curiosidade, à criatividade e à disposição para se engajar em novas experiências. Pessoas mais neuroticamente instáveis podem ter mais dificuldades em se colocar no lugar dos outros, enquanto pessoas mais abertas à experiência podem estar mais dispostas a experimentar as emoções dos outros e a se envolver em situações empáticas^{46,47}.

Embora a personalidade influencie a empatia de diversas maneiras, ela também é fortemente moldada pela aprendizagem⁴⁸. O processo de aprendizagem da empatia pode ocorrer por meio da vivência de situações que estimulem a compreensão das necessidades dos pacientes, permitindo com que se coloquem no lugar do paciente, compreendendo suas necessidades e dificuldades^{1,48}.

Nesse estudo, os preceptores destacaram que há uma troca empática entre os residentes e os pacientes com fibromialgia, visto que os residentes reconhecem as necessidades do paciente no serviço de saúde e demonstram interesse em ajudá-los.

“Nós sabemos que esses pacientes precisam de cuidados especializados em diversas áreas, tento agilizar os encaminhamentos para as especialidades adequadas.” (R1)

“Os residentes sabem do que esses pacientes necessitam no serviço, tentam entrar em contato com outros residentes, secretarias e preceptores para marcar consulta na fisioterapia, psiquiatria e em outras especialidades. Eles tentam ajudar das formas que dispõem”. (P1, P2, P3, P4)

Durante a residência, os residentes aprendem a lidar com diversas situações clínicas e a se colocar no lugar do paciente para compreender suas necessidades e limitações⁴⁸.

“Eles passam por muitas dificuldades[..] apesar de não ter conato com toda equipe que vai ajudar no tratamento desse paciente, no ambulatório discutimos formas de prestar um melhor atendimento” (R3).

“São discutidas ações de saúde destinadas ao ensino-aprendizado na atenção individual e coletiva desses usuários, algumas são discutidas no próprio ambulatório”. (P1, P4)

“Os residentes tentam ajudar os pacientes, marcam consulta, fazem encaixes quando eles precisam, formularam fichas de exercício para que eles pratiquem em domicílio, são formas de prestar melhores cuidados”. (P2, P3)

Segundo os preceptores, os residentes prestam atenção a comunicação não verbal e linguagem corporal dos pacientes, sendo aprimorado no decorrer da formação.

No começo dos ambulatórios, eu já entendia as particularidades dos pacientes com fibromialgia e como lidar com essa doença. Mas ao longo do tempo, acredito que melhorei. (R2)

Todos compreendem o transtorno de humor associado a doença e o preconceito que muitos desses pacientes passam. A linguagem do choro é algo frequente nas consultas, entretanto observo que cada médico residente compreende e age de formas diferentes a mesma coisa. (P1).

Eles compreendem a linguagem corporal, são atentos a comunicação não verbal, coletando dados que são importantes para entender os fatores de gatilho da doença ou que fazem o paciente piorar, ajudando a planejar o tratamento mais adequado para aquele paciente. (P2)

Alguns residentes têm a capacidade de saber ouvir, paciência, solidariedade, compaixão que é diferente do outro, e durante a formação eles compreendem que além do adoecimento físico, existe uma carência emocional e passam a observar melhor a linguagem corporal. (P3, P4)

Estudos mostram que compreensão da relação médico-doente é tão importante quanto a comunicação verbal, e que isso gera uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma⁴⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da empatia no atendimento dos pacientes com fibromialgia, ajuda os residentes a pensarem de forma integrada e abordar os fatores sociais, emocionais e ambientais que envolvem a doença.

Essa visão integrada é aprimorada durante a Residência médica, que é um local de ensino e aprendizado, que busca maneiras de para fortalecer a relação médico-paciente. Nesse estudo os residentes demonstraram entender a complexidade no atendimento de um paciente com fibromialgia, a necessidade de praticar a linguagem não verbal e a necessidade de uma equipe multidisciplinar para um tratamento completo desses pacientes.

Os preceptores entendem que a capacidade de praticar empatia vai além dos ensinamentos da residência, também envolve fatores intrínsecos do residente como a personalidade, entretanto ao longo do curso eles percebem que há uma melhora na capacidade de saber ouvir, paciência, solidariedade e compaixão, e todos esses fatores ajudam para que eles entendam melhor a linguagem não verbal.

Todos concordam que ter uma equipe integrada é de suma importância, a fim de articular ações de saúde, conhecimento e experiência onde o maior beneficiado será o paciente que pode ser tratado de maneira individualizada.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Financiamento próprio.

REFERÊNCIAS

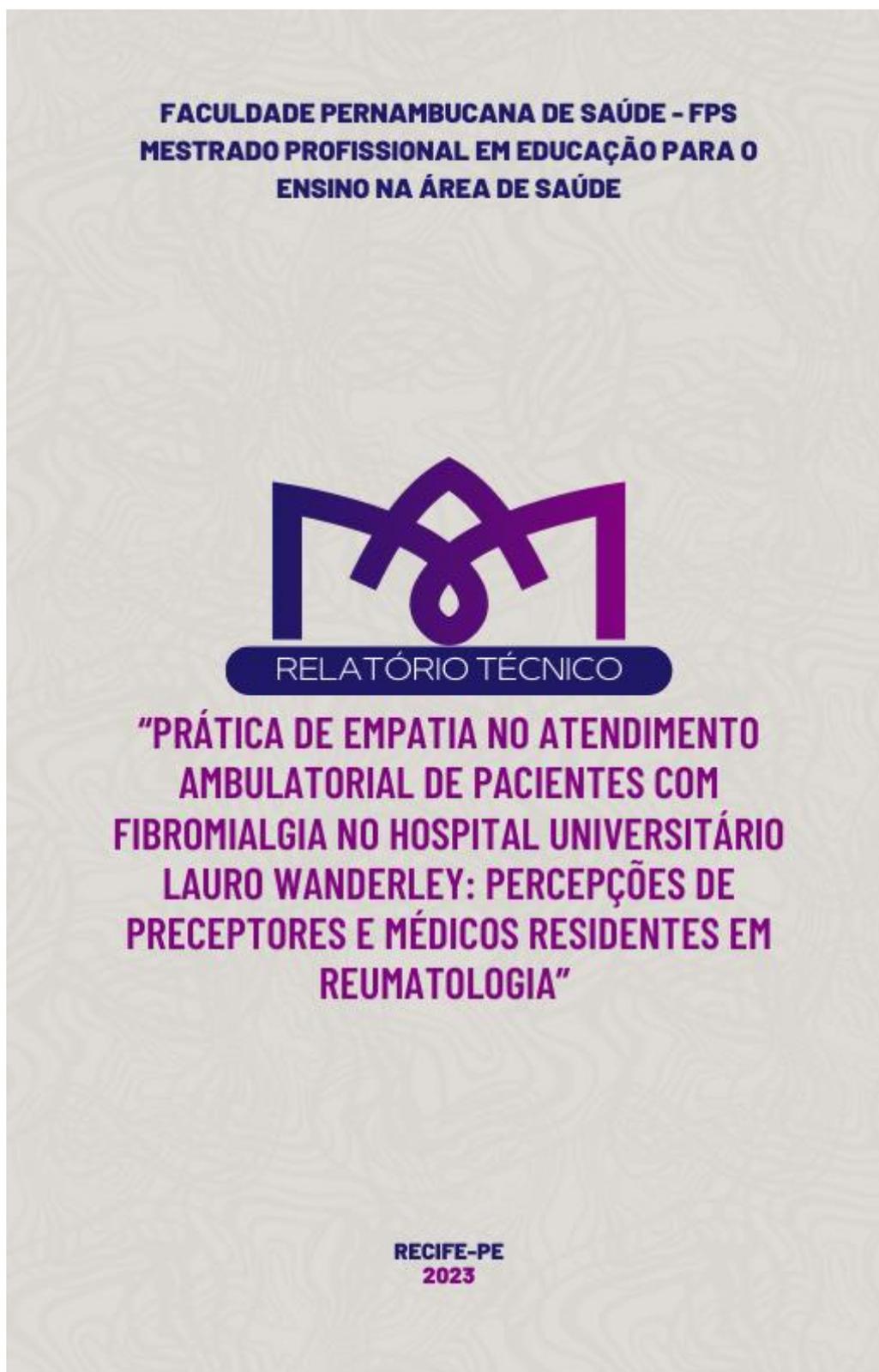
1. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
2. Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 393-404.
3. Gelves-Ospina M, Barceló Martínez E, Orozco-Acosta E, Román NF, Allegri RF. Affective-behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM). *Revista SaludUninorte*. 2017 Dec;33(3):285-95.
4. Goldenberg DL, Clauw DJ, Palmer RE, Clair AG. Diagnosing and managing fibromyalgia: a practical guide. *Am Fam Physician*. 2016;94(5):358-65.
5. Sousa AM, Silva EJ, Santos JF, Silva MJP, Oliveira RAG, Rodrigues AB. A empatia como instrumento para a humanização na saúde: concepções para a prática profissional. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200241.
6. Ribeiro MA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2011 May.
7. Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. *Casa do Psicólogo*; 2005.
8. Mec, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
10. Nascimento HC, Ferreira Júnior WA, Silva AM, Carvalho IG, Bastos GC, Almeida RJ. Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018 Jan; 42:152-60.
11. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, Gonzalez EG, Rotta DS, Pinto MH, Peres L, Beretta D. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017 Jan;41:126-33.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.
13. Souza Jbd, PerissinottiDmn. A prevalência da fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *BrJP*, 2018; 1(4): 345-348.

14. Filippon, A.P, Mezacaza et al . Association between childhood trauma and loss of functionality in adult Porto Alegre , v. 35, n. 1, 2013.
15. Mazo Jps, Estrada MG. Implications of chronic pain on the quality of life of women with fibromyalgia. *Psicol. Estud.*, 2018; 23: e38447.
16. Kirchner LD, Reis MD, Queluz FN. Behavioral intervention in women with Fibromyalgia: clinical significance and reliable change. *Psicologia para América Latina*. 2019 Nov(32):157-67
17. Farias MR, Gomes IC, Passos MRL. A importância da atenção farmacêutica para a promoção do uso racional de medicamentos. *Rev Bras Farm*. 2010;91(1):6-13.
18. Pimentel M, Pereira C, Vieira-Sousa E, Fonseca JE. Fibromyalgia: a multidisciplinary approach to treatment. *Acta Reumatol Port*. 2018;43(1):28-35.
19. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Academic Medicine*. 2002;77(10 Suppl):S11-4. doi: 10.1097/00001888-200210001-00004
20. Monteiro ÉAB, Oliveira L de, Oliveira WL. Aspectos psicológicos da fibromialgia - revisão integrativa. *Mudanças [Internet]*. 2021 Jun 1;29(1):65–76.
21. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.
22. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:117.
23. Rodrigues K da S, Silva AA da, Silva ND da, Cavalcanti ÉBVS. Uma abordagem multidisciplinar não-farmacológica e farmacológica para o tratamento de fibromialgia: uma revisão bibliográfica. *Europub Journal of Health Research [Internet]*. 2022 Nov 17 [cited 2023 Jan 11];3(4 Edição Especial):314–9.
24. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019
25. Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Kaknani-Uttumchandani S, Morales-Gil IM, Carrasco AM, Garcia-Mayor S. The impact of physician empathy on patients with fibromyalgia: an observational study in clinical practice. *Int J Rheum Dis*. 2021;24(4):522-529.

26. Almeida C, Chaves C, Ferreira A, et al. Chronic pain and fibromyalgia: the impact of cognitive and emotional factors on quality of life. *Acta Med Port.* 2019;32(9):590-597.
27. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2010 Sep;34(3):363–70
28. Moreto G, Costa JR, Rodrigues F, Lopes RS, Tavares R. A importância da aparência do médico na concepção dos pacientes. *Rev Dig Educ Perm Saúde [periódico na internet].* 2004 [acesso em 27 out. 2006];1(1 Supl.2):116. Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/anais/2003/anais_2003.pdf
29. Amini M, Kojuri J, Lotfi F, Karimian Z, Dehghani MR. Is our appearance important to patients? *J Multidiscip Healthc.* 2019;12:411–6.
30. Ribeiro LCM, Fava SMCL, Silva LD, Gomes L, Santos JLF. Comunicação não verbal na relação médico-paciente: percepções e expectativas de usuários e profissionais de saúde. *Interface (Botucatu) [Internet].* 2016;20(56):251-62.
31. Moraes RP, Silva MJP. Linguagem não verbal na comunicação entre enfermeiros e pacientes em cuidados paliativos. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2018;71(3):1169-76.
32. Roter DL, Hall JA. Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health [Internet].* 2004;25:497–519.
33. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull [Internet].* 2007;133(4):581–624. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.4.581>
34. Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, López-Rodríguez MM, Lara-Palomo IC, Arendt-Nielsen L, Fernández-de-las-Peñas C. Psychological Factors and Central Sensitization in Women With Chronic Pain of Fibromyalgia Type. *Pain Med [Internet].* 2011;12(3):430–9
35. Marques AP, Santo AdeP, Berssaneti AA, Matsutani LA, Yuan SL. Prevalence of anxiety and depression symptoms in fibromyalgia patients and its association with symptom severity and quality of life. *Rev Bras Reumatol.* 2017;57(6):473-480. doi:10.1016/j.rbr.2017.01.008.
36. Thieme K, Mathys M, Turk DC. Fibromyalgia and Psychiatric Disorders: An Overview. *Pain Res Treat.* 2012;2012:426590. doi: 10.1155/2012/426590
37. Lemos R, Oliveira A, Costa J, et al. Fibromyalgia: multidisciplinary approach and future directions. *Acta Reumatol Port.* 2018;43(2):86-93. doi: 10.1016/j.rh.2017.06.002.

38. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia.
39. Alves B / O / O-M. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [cited 2023 Jan 12].
40. Silva CR, Carvalho BG, Cordoní Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Apr 15];22(4):1109–20.
41. da Saúde [www.saude.gov.br/bvs BV em S do M](http://www.saude.gov.br/bvs/BV%20em%20S%20do%20M). Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da sas [Internet]. Gov.br. [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
42. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):113–26.
43. Magalhães ARV. A Importância da Empatia na Comunicação Clínica e Avaliação do seu Impacto Terapêutico. 2019.
44. Infante, M. A. S., & Silveira, P. S. (2013). Empatia no contexto médico: reflexões a partir da teoria de enfermagem de Paterson e Zderad. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(spe), 134-139. doi: 10.1590/S0034-71672013000700017
45. Ertram K, Randazzo J, Alabi N, Levenson J, Doucette JT, Barbosa P. Strong correlations between empathy, emotional intelligence, and personality traits among podiatric medical students: a cross-sectional study. *Educ Health*. 2016;29(3):186-94.
46. Song Y, Shi M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PLoS One*. 2017;12(2):1-13
47. Magalhães, E.; Costa, P.; Costa, M. J. Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Med Teach*, v. 34, n. 10, p. 807-812, 2012.
48. Médica R, Lourdes C, Laranjeira S. É possível ensinar empatia durante a residência médica? [Internet]. [Bvsalud.org](http://bvsalud.org). [citado el 5 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141183/femina-2020-4812-730-734.pdf>
49. Magalhães ARV. A Importância da Empatia na Comunicação Clínica e Avaliação do seu Impacto Terapêutico. 2019.

5.2 Relatório técnico intitulado “Prática de empatia no atendimento ambulatorial de pacientes com fibromialgia no Hospital Universitário Lauro Wanderley: percepções de preceptores e médicos residentes em reumatologia”.



AUTORES**Sanna Paula Pires Mariano Campos**

**Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências médicas de
Campina Grande (FCM-2015).
Residência de clínica médica pelo Hospital Geral do Estado de
Alagoas (HGE- 2019)
Residência de Reumatologia pela Universidade Federal da Paraíba
(UFPB-2021)
Mestranda em Educação para o ensino na área da saúde da
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS-2023)**

Contato: Sanninhapaula@hotmail.com**Prof. Dr. José Roberto da Silva Júnior**

**Graduado em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba
(UEPB- 2009).
Especialização em Terapia Manual Centro Universitário Maurício de
Nassau
(CUMN- 2009)
Mestrado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina
Integral Prof. Fernando Figueira (FPS- 2012)
Doutorado em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina
Integral Prof. Fernando Figueira (FPS-2017)
Coordenador do Mestrado Profissional em educação para o ensino
na área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.
Docente colaborador do Mestrado Profissional em Cuidados
Paliativos do IMIP. Secretário Executivo e Tutor da Pós Graduação
stricto sensu do IMIP.
Tem experiência em pesquisa na área de saúde materno infantil e
Educação para o ensino na área de saúde. Membro do grupo de
pesquisa Saúde e Educação da FPS (CNPq).**

Contato: roberto.junior@fps.edu.br**RECIFE-PE
2023**

Prof. Mestre. Maria Roberta Melo P. Soares

**Graduada em Medicina pela Faculdade Estadual de ciências da
saúde de Alagoas ((UNCISAL-2002).**

**Residência de clínica médica pelo Hospital Regional Do Gama (HRG-
2006)**

**Residência de Reumatologia pelo Hospital das Clínicas de
Pernambuco (HCP-2008)**

**Mestre em ciências da saúde aplicada a Reumatologia pela
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP -2012)**

**Preceptora responsável pelo ambulatório de osteoporose e
espondiloartrites da Residência de Reumatologia da Universidade
Federal da Paraíba**

Contato: mariarobertam@hotmail.com.br

**RECIFE-PE
2023**

FICHA TÉCNICA

**RECIFE-PE
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

**RECIFE-PE
2023**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
OBJETIVOS.....	3
METODOLOGIA.....	3
RESULTADOS.....	6
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a capacidade de se colocar no lugar do paciente é crucial para construir um relacionamento sólido entre médico e paciente, especialmente quando se trata de pacientes com dor crônica. Identificar e compreender os sentimentos do paciente é fundamental para fornecer o tratamento adequado. Pacientes com fibromialgia enfrentam uma série de desafios além da dor crônica generalizada.^{1,4,5,26}

Nesse cenário, a empatia é uma habilidade crucial e essencial para estabelecer um relacionamento saudável entre médico e paciente. Ela é caracterizada pela compreensão do comportamento humano e pela capacidade de enxergar o outro, o que permite identificar os sentimentos do paciente a partir de sua perspectiva sobre o problema apresentado.^{1,2}

Pacientes diagnosticados com essa condição não apresentam nenhum sinal físico externo de seu sofrimento e, ao relatarem suas dores em diversas partes do corpo, muitas vezes são desacreditados pelos médicos residentes que realizam o primeiro contato e atendimento, bem como pela equipe multiprofissional. Infelizmente, isso pode resultar em encaminhamentos equivocados para a psiquiatria, sem o diagnóstico correto.

A falta^{3,4} de empatia entre os profissionais de saúde é evidente e pode atrasar o diagnóstico correto, contribuindo para a piora dos sintomas e diminuição da adesão ao tratamento. Embora as causas da doença permaneçam desconhecidas, é importante que os médicos residentes estejam cientes da sua complexidade e das informações atuais sobre a patogênese.^{2,6,7}

A residência médica é crucial nesse contexto, já que proporciona a integração entre teoria e prática na formação dos profissionais, preparando-os e aprimorando suas habilidades para enfrentar os desafios da profissão.^{1,2} A residência médica é uma forma de desenvolvimento profissional que se baseia na aprendizagem por meio da prática diária. Ela permite a aquisição gradual de conhecimento técnico e habilidades, incluindo empatia e humanização no atendimento, que são fundamentais para o desenvolvimento completo do profissional.^{1,26}

O conhecimento e o desenvolvimento do perfil profissional são frutos da interação entre o indivíduo e o ambiente educacional.^{2,9} As experiências adquiridas durante a prática médica, tanto com os pacientes quanto com os preceptores, são essenciais para uma formação completa do profissional. Na formação dos médicos residentes, o preceptor é um pilar fundamental.^{3,8,6} Ele é responsável por orientar, supervisionar e servir de exemplo, dominando tanto a prática clínica quanto a educacional.

Esse manual sobre a prática da empatia no tratamento de pacientes com fibromialgia foi produzido como resultado de um estudo realizado como produto técnico do mestrado em saúde na área de educação da Faculdade Pernambucana de Saúde. O estudo baseou-se em entrevistas com médicos e preceptores de um serviço de residência em reumatologia no Nordeste e teve como objetivo destacar a importância da empatia no cuidado a pacientes com fibromialgia e fornecer informações úteis aos profissionais de saúde para que possam fornecer cuidados mais sensíveis e eficazes a esses pacientes.

OBJETIVOS

Elaborar um material didático-instrucional, em forma de manual, sobre a prática de empatia no atendimento do paciente com fibromialgia assistido na Residência Médica de Reumatologia.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, sendo realizado em duas etapas. Na primeira etapa foi realizado um estudo qualitativo através de entrevista semiestruturada para avaliação da percepção de preceptores e dos residentes a respeito da a prática de empatia atendimento nos atendimentos aos pacientes com fibromialgia.

O estudo foi desenvolvido no período de setembro de 2021 a sendo a conclusão em dezembro de 2022 com a coleta de dados entre maio e julho de 2022 com os preceptores e residentes do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).

A amostra foi obtida por conveniência entre os preceptores e residentes inseridos na residência médica em Reumatologia do HULW que preenchiam os critérios de elegibilidade da pesquisa e que concordaram em participar da pesquisa no período definido para o estudo. Para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada com os preceptores e residentes, elegíveis para o estudo. Para facilitar a coleta de dados, a entrevista foi realizada através da plataforma Zoom, gratuita e de fácil acesso, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado por e-mail, de forma individual.

A entrevista teve duração média de trinta minutos e foi agendada de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um smartphone para posterior transcrição.

Os dados coletados foram analisados utilizando a técnica de Análise Temática proposta por Bardin.²⁵ Cronologicamente: A análise de conteúdos pode abranger as seguintes fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados e interpretação.

Na primeira etapa de pré-análise as entrevistas, foram transcritas no Word (fase 1), não foi descrito expressões dos participantes captadas no vídeo. Foram doze páginas de material transcrito oriundo das falas dos participantes.

Na exploração do material foi criada uma planilha de Excel. Na primeira coluna, foi enumerado as entrevistas na seguinte ordem: primeiro os residentes (R1, R2, R3 e R4) e em seguida os preceptores (P1, P2, P3 e P4). Nas colunas seguintes, foram inseridas informações relevantes discutidas em cada entrevista, como a complexidade no atendimento do fibromialgico; opinião a respeito da empatia no atendimento ambulatorial desses pacientes e a falta de comunicação entre a equipe multiprofissional.

Em seguida, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e registrados de maneira clara e objetiva e agregados em unidades como: conhecimento dos residentes sobre a doença; as necessidades dos pacientes com fibromialgia; quantidade de atendimento destinado a cada residente; importância da comunicação não verbal e linguagem corporal do paciente no tratamento do fibromiálgico.

A etapa de estabelecimento das categorias analíticas do trabalho, foram seguidos os princípios propostos por Bardin⁹⁹. Esses princípios incluem a exclusão mútua entre as categorias, a homogeneidade das categorias, a pertinência que garante a não distorção da mensagem transmitida, a objetividade/fidelidade na compreensão e clareza e a produtividade. Tais princípios foram considerados na formulação das categorias analíticas, garantindo assim uma análise rigorosa e precisa dos dados.

No processo de interpretação dos dados, o referencial teórico (capítulos de livros, artigos científicos, teses e dissertações) foi utilizado para embasar as análises realizadas. Dessa forma, as análises foram conduzidas com base em conceitos e teorias previamente estabelecidos, o que permitiu uma compreensão mais aprofundada dos dados coletados. O referencial teórico foi fundamental para dar sentido à interpretação final, possibilitando uma análise crítica e fundamentada dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 4 residentes e 4 preceptores vinculados ao programa de residência médica em Reumatologia, sendo assim representados: dois residentes do primeiro ano (R1), dois residentes do segundo ano (R2) e 4 preceptores. Do total de participantes, todos pertencem ao gênero feminino.

A análise das entrevistas permitiu o surgimento de três categorias temáticas, a saber: 1) A complexidade no atendimento a pessoa com fibromialgia; 2) Empatia no cuidado médico e os desafios da interprofissionalidade; e 3) Desenvolvimento de habilidades empáticas na formação do residente.

O CONHECIMENTO DOS RESIDENTES A RESPEITO DA FIBROMIALGIA E COMPLEXIDADE NESSE ATENDIMENTO

Em relação a primeira categoria temática, os residentes demonstraram entender a complexidade no atendimento de um paciente com fibromialgia. Entre os entrevistados foi consenso que a condição psicológica dos pacientes é um ponto de complexidade para o tratamento. Vários estudos^{10,11} têm demonstrado que pacientes com fibromialgia possuem uma autoimagem precária ou negativa, associada à noção de pessoa doente, o que altera radicalmente a autoidentidade desses pacientes. Além disso, a sua autoimagem parece ser modificada durante o desenvolvimento e curso da doença e intervenções terapêuticas.

Segundo os entrevistados, existem várias questões que contribuem fortemente para a complexidade do tratamento de pacientes com fibromialgia, são elas:

-Socioeconômica: Os pacientes vêm de realidades distintas, por vezes, o paciente não tem dinheiro nem para ir até o hospital fazer o acompanhamento com o profissional. Imagina para comprar medicamentos.

-Falta de todos os medicamentos gratuitos: Como dito acima, a maioria dos pacientes tem condições financeiras limitadíssimas, ou seja, não consegue arcar com o próprio tratamento. Muitas vezes faltam medicamentos gratuitos na unidade de saúde pública para o tratamento da fibromialgia, dificultando a melhora do paciente e outras vezes os que são disponibilizados não fazem o efeito desejado.

·Falta de tratamento multidisciplinar: Além do tratamento com o reumatologista, o paciente deve ter acesso a outros especialistas. Seja para praticar atividades aeróbicas (andar, nadar, hidroginástica etc.) ou até acompanhamento com psiquiatra e psicólogo.

·Desgaste do profissional: O atendimento ao paciente com fibromialgia demanda todas as energias do médico, pela exigência ou expectativa do paciente sobre o profissional e a não evolução do paciente diante do tratamento, que por vezes, se mostra ineficaz pela falta de medicamentos e a falta atendimento com outros especialistas ^{10,11}.

EMPATIA NO CUIDADO MÉDICO E OS DESAFIOS DA INTERPROFISSIONALIDADE

Em grande parte, os pacientes com fibromialgia sofrem com transtornos de ansiedade e depressão, sendo que a depressão se apresenta 7% maior do que na população em geral. Comparativamente, os pacientes com fibromialgia em relação a outros quadros em reumatologia, apresentam seis vezes mais possibilidades de comorbidades diferentes entre os transtornos de ansiedade, como exemplo: Estresse Pós-Traumático, Síndrome do Pânico, entre outros¹³.

Todos os entrevistados estão em consenso com um tema: O paciente de fibromialgia necessita de atendimento multidisciplinar. Apesar do esforço do reumatologista e do paciente para tratar da fibromialgia se o paciente não tiver acesso a outros especialistas, principalmente apoio psicossocial, o sucesso do tratamento é prejudicado.

A maioria dos pacientes com fibromialgia apresentam sintomas de doenças psicológicas, principalmente depressão e ansiedade. A falta de acesso a um tratamento com psicólogo e psiquiatra comprometem totalmente a evolução do paciente, que por vezes atribui a não melhora exclusivamente ao medicamento^{14,19,17,24}.

O comportamento do médico residente é importante no atendimento de um paciente com fibromialgia porque influencia a maneira como o paciente percebe e interage com o estudante^{2,16}. Uma personalidade calma e empática pode ajudar a criar um ambiente acolhedor e confiante, tornando mais fácil para o paciente abrir-se e compartilhar suas preocupações e sintomas.^{10,11}

Além disso, a capacidade do residente ouvir e compreender o paciente é crucial para o estabelecimento de um relacionamento de confiança e para o sucesso no tratamento da fibromialgia^{2,16,22}.

Nas entrevistas percebemos que as respostas dos médicos residentes apontam que a relação médico-paciente é afetada pela quantidade e duração das consultas, bem como pela necessidade de compreender e lidar com as emoções dos pacientes com fibromialgia. Eles destacam a importância de um tempo suficiente para estabelecer uma relação de confiança, a necessidade de compreender a comunicação não verbal e a linguagem corporal do paciente, e a importância de passar otimismo e esperança. Todos concordam que uma boa comunicação é crucial para o sucesso no tratamento da fibromialgia.

Os preceptores afirmam que os residentes compreendem a necessidade de enxergar os pacientes como um todo, incluindo os aspectos emocionais.

Eles acreditam que essa compreensão é aprimorada ao longo da formação médica, mas também está ligada ao comportamento de cada residente. Além disso, os residentes aceitam que a qualidade de vida do paciente pode ser mais importante que a cura na fibromialgia.



Desenvolvimento de habilidades empáticas na formação do residente.

Os preceptores e residentes destacaram na entrevista em diversos momentos a importância da empatia na formação médica e como ela é aprimorada ao longo do tempo.

Além disso, eles afirmam que a relação médico-paciente é terapêutica em si mesma, ou seja, o contato entre o médico e o paciente já pode ser benéfico para a saúde do paciente com fibromiagia. Durante a formação médica, os residentes referem que aprimoram a paciência, solidariedade e compaixão, segundo os preceptores essas características são essenciais para uma boa relação com o paciente e para um atendimento humanizado.

Existem diversos recursos disponíveis na área médica para ensinar sobre a importância dos sentimentos dos pacientes, incluindo o uso de literatura, teatro, cinema e outras artes. Por meio dessas ferramentas, é possível desenvolver a empatia como uma habilidade que pode ser treinada e praticada durante a formação médica.^{18,27}

Durante a formação médica, é comum que alguns residentes tenham mais experiência ou interesse em lidar com pacientes com fibromiagia, o que pode torná-los mais sensíveis às necessidades desses pacientes. Por outro lado, outros residentes podem ter menos experiência e precisar de mais treinamento para desenvolver essas habilidades.^{18,21,27}

É importante que a formação médica ofereça um ambiente de aprendizado que permita a todos os residentes aprimorar suas habilidades de empatia e compreensão das necessidades dos pacientes, independentemente de sua experiência prévia. Dessa forma, será possível garantir que todos os pacientes recebam o melhor atendimento possível, independentemente do residente que os atenda.^{18,21,27}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da empatia no atendimento dos pacientes com fibromialgia, ajuda os residentes a pensarem de forma integrada e abordar os fatores sociais, emocionais e ambientais que envolvem a doença.

Essa visão global é aprimorada durante a Residência médica, que é um local de ensino e aprendizado, que busca maneiras de para fortalecer a relação médico-paciente. Nesse estudo os residentes demonstraram entender a complexidade no atendimento de um paciente com fibromialgia, a necessidade de praticar a linguagem não verbal e a necessidade de uma equipe multidisciplinar para um tratamento completo desses pacientes.

Os preceptores entendem que a capacidade de praticar empatia vai além dos ensinamentos da residência, também envolve fatores intrínsecos do residente como o comportamento, entretanto ao longo do curso eles percebem que há uma melhora na capacidade de saber ouvir, paciência, solidariedade e compaixão, e todos esses fatores ajudam para que eles entendam melhor a linguagem não verbal.

Todos concordam que ter uma equipe integrada é de suma importância, a fim de articular ações de saúde, conhecimento e experiência onde o maior beneficiado será o paciente que pode ser tratado de maneira individualizada.

REFERÊNCIAS

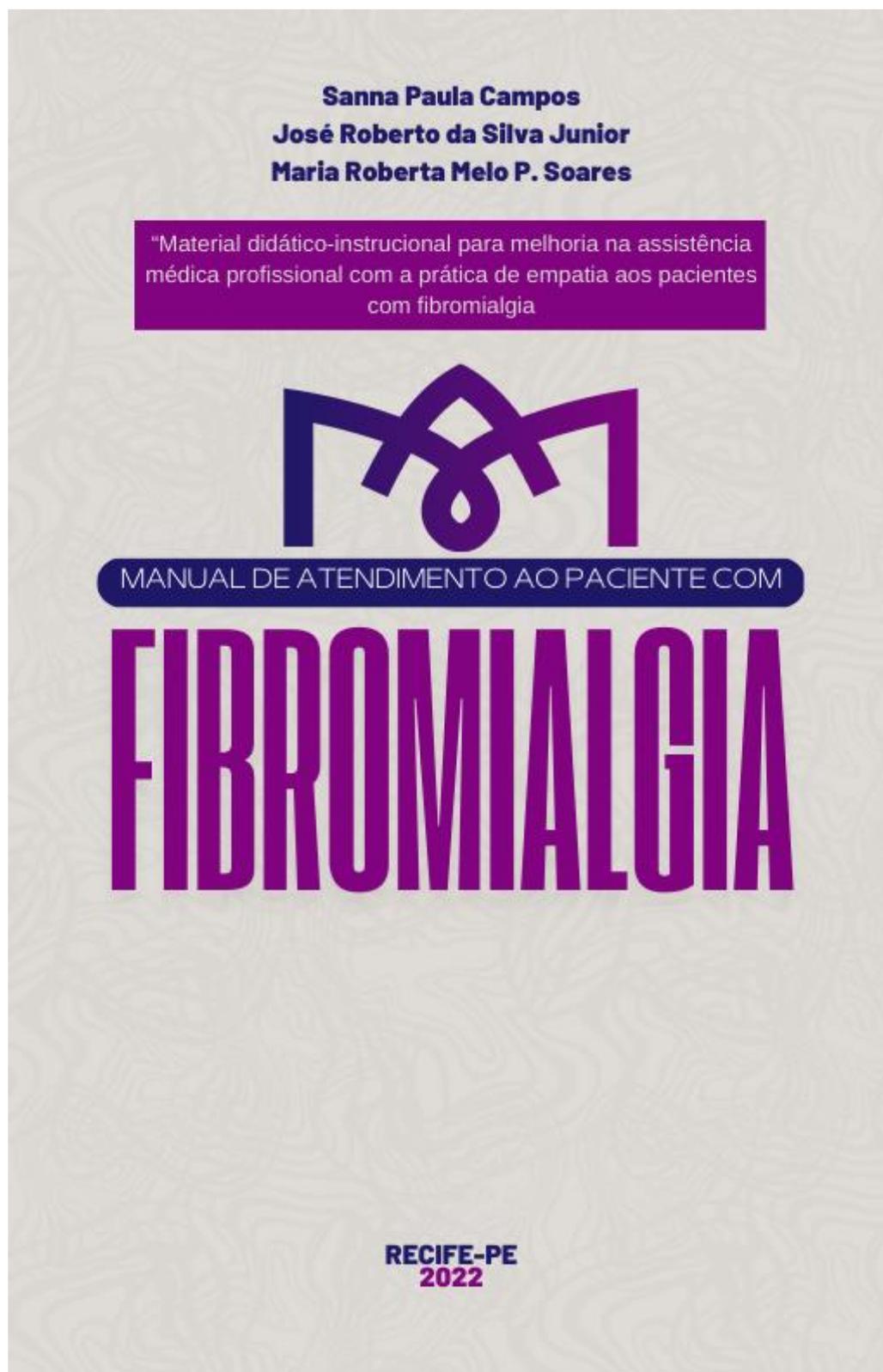
1. Horst, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
2. Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 393-404.
3. Gelves-Ospina M, Barceló Martínez E, Orozco-Acosta E, Román NF, Allegri RF. Affective-behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM). *Revista SaludUninorte*. 2017 Dec;33(3):285-95.
4. Plutchik R. The nature of emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American scientist*. 2001 Jul 1;89(4):344-50.
5. Porges SW. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company; 2011 Apr 25.
6. Botti SH, Rego ST. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21: 65-85.
7. Mec, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 22 jul. 2021.
8. Ribeiro MA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2011 May.

9. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, GonsalezEG, Rotta DS, Pinto MH, Peres L, Beretta D. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017 Jan;41:126-33.
10. CABO-MESEGUER A, et al. Fibromialgia: prevalência, perfis epidemiológicos y costeseconómicos. *Med. Clin.*, 2017; 149(10): 441–448.
11. SOUZA JBD, PERISSINOTTI DMN. A prevalênciada fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *BrJP*, 2018; 1(4): 345-348.
12. FILIPPON, A.P , MEZACAZA et al . Association between childhood trauma and loss of functionality in adultPorto Alegre , v. 35, n. 1, 2013.
13. MAZO JPS, ESTRADA MG. Implications of chronic pain on the quality of life of women with fibromyalgia. *Psicol. Estud.*, 2018; 23: e38447.
14. Kirchner LD, Reis MD, Queluz FN. Behavioral intervention in women with Fibromyalgia: clinical significance and reliable change. *Psicologia para América Latina*. 2019 Nov(32):157-67
15. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. *ClinicalRheumatology*. 2019 Jan;38(1):149-57.
16. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, FróesSS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010 Sep;34(3):363–70.

17. Monteiro ÉAB, Oliveira L de, Oliveira WL. Aspectos psicológicos da fibromialgia - revisão integrativa. *Mudanças* [Internet]. 2021 Jun1;29(1):65–76.
18. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.
19. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:117.
20. Rodrigues K da S, Silva AA da, Silva ND da, Cavalcanti ÉBVS. Uma abordagem multidisciplinar não-farmacológica e farmacológica para o tratamento de fibromialgia: uma revisão bibliográfica. *EuropubJournal of Health Research* [Internet]. 2022 Nov 17 [cited 2023 Jan 11];3(4 Edição Especial):314–9.
21. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006 Jun;10(19):93–102.
22. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019
23. Alves B / O / O-M. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência | Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [cited 2023 Jan 12].
24. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Apr 15];22(4):1109–20

25. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 20
26. Sampaio LR, Camino CP, Roazzi A. Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: ciência e profissão*. 2009;29:212-27
27. Batista NA, Lessa SS, Batista NA, Lessa SS. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019

5.3. Manual intitulado “Material didático-instrucional para melhoria na assistência médica profissional com a prática de empatia aos pacientes com fibromialgia” que será direcionado a preceptores e médicos residentes com orientações sobre a prática de empatia na melhora da relação médico-paciente.





Diretor Presidente
Antônio Carlos Figueira

Diretor Acadêmico
Carlos Santos da Figueira

Coordenador Acadêmico
Gilliatt Hanois Falbo Neto

Coordenação do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área da Saúde.

Coordenador do Curso
José Roberto da Silva Junior

Coordenadora Adjunta
Juliany Silveira Braglia César Vieira

Faculdade Pernambucana de Saúde
Associação Educacional de ciência da Saúde
Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira
Recife-PE- Brasil CEP: 51.150-000
TEL: (81) 3035.7777 / (81) 3312.7777
E-mail: contato@fps.edu.br
Homepage: <https://www.fps.edu.br/>

RECIFE-PE
2022



MANUAL DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM

FIBROMIALGIA

Autor(a):

Sanna Paula Campos

José Roberto da Silva Junior

Maria Roberta Melo P. Soares

**RECIFE-PE
2022**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE- FPS

Coordenação e Organização
Pós-graduação Stricto sensu da FPS
TEL: (81) 3035.7777/ (81) 3312.7777

Capa

Sanna Paula Pires Mariano Campos

Projeto Gráfico e Diagramação
Sanna Paula Pires Mariano Campos

Criação, informação e Distribuição:
Faculdade Pernambucana de Saúde
Associação Educacional de ciência da Saúde
Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira
Recife-PE- Brasil CEP: 51.150-000
TEL: (81) 3035.7777/ (81) 3312.7777
E-mail: contato@fps.edu.br
Homepage: <https://www.fps.edu.br/>

Manual Digital
Feito no Brasil/ Made in Brazil

FICHA CATALÓGRAFICA

A ficha catalográfica será elaborada pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	1
QUEM É O PACIENTE COM FIBROMIALGIA?.....	3
O QUE É EMPATIA?.....	7
EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO.....	8
COMUNICAÇÃO E OS TIPOS DE LINGUAGEM.....	10
APRESENTAÇÃO PESSOAL.....	14
COMO INICIAR UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE?.....	16
COMO PRATICAR A EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO?.....	18
QUAL A IMPORTÂNCIA DO EXAME FÍSICO COMO FORMA DE EMPATIA?..	21
RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE.....	23
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	25
TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO.....	27
ATIVIDADE FÍSICA.....	29
CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

Apresentação

A qualidade do atendimento ao paciente com fibromialgia apresenta-se como um desafio para os profissionais da saúde e, com a divulgação desse Manual produzido na Faculdade Pernambucana de Saúde são apresentadas estratégias que contribuem em um melhor atendimento ao fibromialgico através da pratica de empatia para um melhor desfecho clínico, adesão ao tratamento e qualidade de vida dos pacientes.

É sempre bom lembrar que, para o fibromialgico, o profissional que o está atendendo deve ser um orientador e não somente uma pessoa que prescreve remédios. A boa impressão que se tem do profissional pode ser anulada por um único atendimento displicente e comprometer o tratamento do paciente.

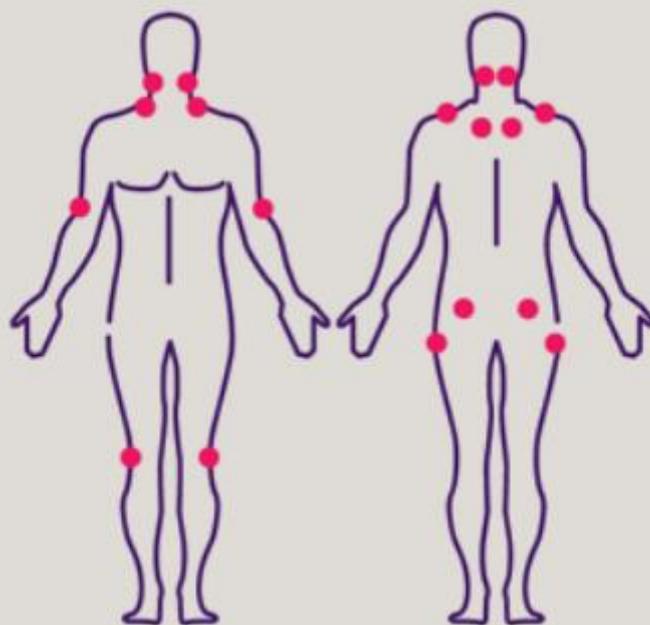
Para um atendimento de excelência, é essencial preparar-se para novas práticas que impliquem mudanças de comportamento. Com uma postura adequada, é possível aperfeiçoar o atendimento, enfatizando o preparo emocional, são requisitos necessários: saber ouvir, ter paciência, solidariedade, compaixão, compreensão da relação paciente-doença, pois o paciente possui, além do adoecimento físico, uma carência emocional.

Com este pensamento, esse Manual trás os pontos que considera relevantes no atendimento dos pacientes com fibromialgia.

**Quem é o paciente com
fibromialgia?**

A DOENÇA

A fibromialgia (FM) é uma síndrome álgica musculoesquelética crônica, de duração superior a 3 meses, generalizada, na qual existe um distúrbio do processamento dos centros sensitivos aferentes, causando dor. De natureza NÃO autoimune e NÃO inflamatória. O diagnóstico é marcado pela falta de comprovação laboratorial, pela subjetividade da anamnese, por múltiplos fatores que dificultam o atendimento e a compreensão do tratamento por parte do paciente.



O PACIENTE

Refere dor musculoesquelética crônica generalizada, frequentemente associada a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, alterações de memória e atenção, ansiedade, depressão, cistite intersticial e alterações intestinais. Afirmam ainda grande sensibilidade ao toque e à compressão de pontos nos corpos. Muitos pacientes têm outras doenças reumatológicas em curso, impactando negativamente na qualidade de vida do paciente.



O DIAGNÓSTICO

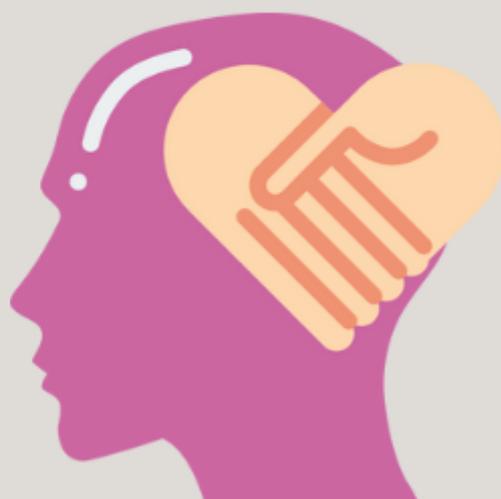
É essencialmente clínico. O médico durante a consulta obtém algumas informações que são essenciais para o diagnóstico, não existem exames para Fibromialgia. O médico pode pedir exames para excluir doenças que se apresentam de forma semelhante à Fibromialgia ou ainda para detectar outros problemas que podem ocorrer junto e influenciar na sua evolução.



O que é empatia?

O QUE É EMPATIA?

É uma habilidade cognitiva que representa a capacidade de compreender os sinais emocionais e, assim, ampliar uma maior compreensão do outro. Na medicina é um olhar voltado para o outro, possibilitando a identificação dos sentimentos do doente através da sua perspectiva sobre o problema apresentado. É essencial que os profissionais responsáveis pelo primeiro contato com o paciente fibromialgico possuam esta habilidade e estejam preparados, a fim de compreender, diagnosticar, lidar e tratar esse tipo de paciente.



EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO

Atendimento corresponde ao ato de atender, ou seja, ao ato de prestar atenção às pessoas com as quais mantemos contato. Quem pratica o atendimento deve ser responsável, adotando um estado de espírito baseado na gentileza.

Ao atender um paciente com fibromialgia deve estar ciente da complexidade e do que se sabe atualmente sobre a sua patogênese. Discutir, esclarecer dúvidas com os pacientes em geral o que é compreendido, bem como reconhecer e compreender as incertezas e dificuldades dos mesmos, além de eventualmente acalmar os ânimos quando necessário.



Tipos de linguagem

COMUNICAÇÃO

A qualidade do atendimento prestado depende do tempo e da capacidade de se comunicar com o público e da mensagem transmitida. É comum para as pessoas com estas condições terem dificuldade de se lembrar de palavras simples ou ter dificuldade para escrever ou mesmo entender linguagem, por isso converse calmamente e claramente, use termos conhecidos pelo paciente, prefira a norma culta e evite gírias. Procure entender se ele compreende a mensagem. Mostre-se aberto para ouvir suas queixas e tente descobrir o que ele precisa e no que pode ser feito para ajudá-lo.

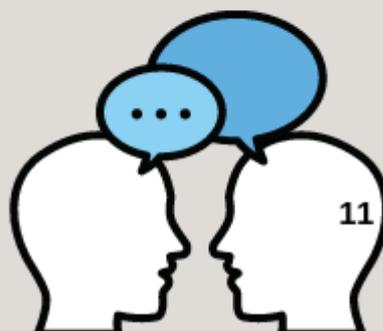


TIPOS DE LINGUAGEM

Linguagem pode se dar de duas formas que são verbais, quando expressa por fala e escrita, ou não verbal, quando envolve manifestações de comportamento não expressas por palavras, como gestos, silêncio, expressões faciais, toque e postura corporal.

A linguagem verbal deve ser respeitosa e compreensível. Algumas dicas incluem:

1. Evite julgamentos ou termos pejorativos sobre a dor ou a condição do paciente.
2. Seja claro e direto na comunicação, evitando palavras complexas ou confusas.
3. Escute atentamente e valide os sentimentos e preocupações do paciente.
4. Fale sobre o tratamento e as opções de cuidado de forma positiva e encorajadora.
5. Seja paciente e compreensivo com o ritmo de recuperação do paciente.



Lembre-se de que cada paciente é único e pode ter uma perspectiva diferente sobre sua condição. Portanto, é importante ser flexível e adaptável na sua abordagem verbal.

A linguagem não-verbal pode ser tão importante quanto a verbal no atendimento a pacientes com fibromialgia. Algumas dicas incluem:

1. Manter uma postura aberta e acolhedora, evitando cruzar os braços ou parecer distante.
2. Usar um tom de voz calmo e suave, evitando gritar ou falar de forma abrupta.
3. Mostrar empatia com gestos e expressões faciais, como acenar com a cabeça ou sorrir.
4. Ter um contato visual consistente, mostrando que você está presente e interessado.
5. Ser paciente e compreensivo com o ritmo de resposta do paciente, sem pressioná-los.

Lembre-se de que a linguagem não-verbal pode transmitir mensagens fortes e afetar a forma como o paciente percebe e reage ao tratamento. Portanto, é importante ser consciente e cuidadoso na sua abordagem não-verbal.

Apresentação pessoal

APRESENTAÇÃO PESSOAL

No atendimento a pacientes com fibromialgia, é importante seguir as mesmas recomendações gerais para uma boa apresentação pessoal. Algumas dicas adicionais incluem:

- Escolher roupas confortáveis e discretas, evite usar roupas extravagantes, que chamem muito a atenção, como decotes muito ousados, roupas muito curtas ou apertadas e que possam trazer algum tipo de constrangimento.
- Seja consciente de como sua aparência pode afetar o paciente e evitar elementos que possam ser estressantes ou desconfortáveis para eles.
- Seja cuidadoso com a utilização de perfumes ou fragrâncias, evite perfume muito forte, pois alguns pacientes com fibromialgia podem ter sensibilidades a odores.
- Passe uma imagem profissional, pois a apresentação pessoal é uma parte importante da comunicação não-verbal e pode afetar a forma como o paciente percebe e reage ao tratamento.



**Como iniciar um
tratamento de qualidade?**

COMO INICIAR UM ATENDIMENTO DE QUALIDADE?

- Cumprimente. Frases como “Bom dia” ou “Como vai?” demonstram acolhimento e educação.
- Inicie a conversa com uma atitude amigável e prestativa.
- Seja proativo. Pergunte à pessoa: “Em que posso ajudar?”.
- Tenha paciência ao ouvir a pessoa, não a interrompa bruscamente.
- Durante o atendimento, não atenda telefonemas ou seu celular.
- Trate a todos com igualdade e cordialidade.
- Procure sorrir. Além de calorosa, essa atitude demonstra abertura e disposição
- Evite usar diminutivos como “uma dorzinha” ou “uma fadigazinha”, lembre-se que dor só sabe quem a sente e cada dor é de forma diferente, termos como esse passam a impressão de falta de compaixão, humanidade e seriedade com o fibromialgico.
- Mantenha a calma mesmo com os pacientes estressados. Jamais a interrompa, discuta ou seja agressivo.
- Não fale baixo nem gritando, use um tom moderado. Procure transmitir as informações de maneira clara e correta.
- Se você não tiver resposta para a questão, procure a solução e dê um retorno na próxima consulta. Nunca os deixe sem resposta

**Como praticar a empatia
no atendimento médico?**

COMO PRATICAR A EMPATIA NO ATENDIMENTO MÉDICO?

1.Tenha respeito

A partir do respeito entre todos, torna-se possível criar um ambiente agradável e aberto, para que o profissional e o pacientes possam conversar sem conflitos.

2.Fique atento aos detalhes durante o atendimento

Os pacientes não possuem nenhum sinal externo, físico, de todo o sofrimento, sendo frequentemente desacreditados por alguns profissionais de saúde, o que deixar receoso de relatar informações, que podem ajudar a compreendê-lo. Os Médicos atendem muitas pessoas por dia e, às vezes, com o passar do tempo e com o desgaste, prestam menos atenção aos detalhes. Mantenha sempre aguçada a sua sensibilidade, isso ajuda a desenvolver uma relação de empatia com o paciente.

3.Esteja atento aos argumentos do paciente

Escute atentamente, volte toda sua atenção ao fibromialgico, ajuda a entender o que ele sente e como ele se expressa. Não menospreze as informações que são passadas. Mesmo que não seja dotada de fundamento teórico, ela pode sim ser a chave para criar a empatia e resolver problemas.

4. Fortaleça o relacionamento entre você e paciente

Trate o paciente pelo nome, esse simples gesto permite que o outro não seja só uma pessoa, mas sim aquela pessoa. Escreva no prontuário algumas coisas simples como por exemplo: como está a família, e as férias, e seu novo emprego, algo que seja próprio daquele paciente, assim você pode acompanhar na próxima vez que o paciente retornar. Isso mostra interesse e faz com que o paciente se sinta cuidado.

5. Evite desleixo

Lembre-se que cada paciente é único, mesmo que o cansaço de outros atendimentos o desgaste, não deixe que isso prejudique o atendimento do fibromialgico. Faça esforços para entender o que ele precisa, mostre que você está para ajudá-lo.

6. Humanize seu atendimento

Essa condição pode levar à depressão e a transtornos de ansiedade, essas emoções podem aflorar a qualquer momento. Identifique esses aspectos para compreender pelo que ele está passando.

Qual a importância do exame físico como forma de empatia?

Qual a importância do exame físico como forma de empatia?

- O exame físico é um instrumento de suma importância para a assistência, uma vez que permite ao profissional da área da saúde avaliar os achados da anamnese, identificar problemas, definir diagnóstico, planejar e implementar ações para acompanhar a evolução do paciente.
- Os fibromiálgicos apresentam dores intensas e difusas, por isso informe os passos de cada etapa do exame; realize o exame com seriedade, atenção, gentileza e delicadeza.
- Durante o exame físico pode-se continuar conversando e indagando o fibromiálgico, com calma preferencialmente questões relacionadas ao exame que está sendo executado naquele momento ou a fatores afins, de modo a complementar a anamnese.
- O exame cria um vínculo entre o profissional de saúde e o fibromiálgico, pois a partir dele inicia-se uma história que será resgatada em consultas posteriores.

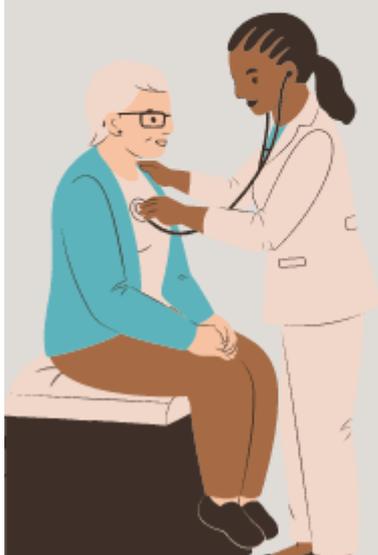
Relação médico-paciente

Relação médico-paciente

A empatia surge como uma forma de enriquecer a prática da relação Médico-Paciente que vai além de fazer perguntas e exames físicos, receitar medicamentos e prescrever condutas, ela permite desenvolver uma visão integral sobre o paciente.

Essa relação com fibromialgico é construída espontaneamente, porém sua qualidade depende de esforços e habilidade do profissional de saúde de adequar às características de cada um, para isso deve existir um equilíbrio entre a quantidade de consultas do dia e o tempo disponível para cada uma delas, de modo a manter a qualidade no atendimento.

A doença tem tratamento, portanto cabe à sensibilização do profissional de saúde na célebre frase de Ambroise Paré: "curar ocasionalmente, aliviar frequentemente e consolar sempre", pelas mudanças sentidas e refletidas, momento a momento, pelo paciente.



Equipe multidisciplinar

Equipe multidisciplinar

- O tratamento para a fibromialgia deve ser feito por uma equipe multidisciplinar, médico, psicólogo, fisioterapeuta, entre outros. Esses profissionais em conjunto otimizam o tratamento da fibromialgia e o realoca dentro de seu papel terapêutico, promovendo uma melhora na qualidade de vida.
- As evidências científicas mostram que as condutas interdisciplinares desenvolvidas pela equipe Multidisciplinar apresentam múltiplos benefícios e vantagens não só a curto prazo, mas ao longo da vida desses pacientes.
- A ação de diversos profissionais em integração, diminui os níveis de dor, melhora da ansiedade, depressão e qualidade do sono.



**Tratamento não
medicamentoso**

Tratamento não medicamentoso

Promovem mudanças cognitivo-comportamentais, que muitas vezes são considerados essenciais.

- Acupuntura e Eletroacupuntura. A acupuntura é indicada pela EULAR (2016) como terapia de primeira linha, podendo melhorar a dor entre 20 e 39%, esse tratamento pode adicionalmente potencializar os efeitos dos medicamentos e do exercício no combate à dor.
- Terapias envolvendo meditação e movimento, tais como Qi Gong, yoga, tai-chi, além de combinações entre elas. Efeitos benéficos são sustentados relativamente a sono e fadiga.
- Terapia mente-corpo (mind body therapy), ajudam a melhorar a dor, sono e fadiga.
- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), podendo ser benéfica para alguns tipos de pacientes com dor, notadamente aqueles que apresentam quadro psicológico de catastrofismo ou tendência de magnificação da dor.
- Uma vez que a maioria das terapias citadas são recentes em nosso meio, é importante recomendar que os pacientes procurem profissionais certificados, para que haja melhora funcional e bom intercâmbio com os demais profissionais.



Atividade física

Atividade física

Há evidências de que a prática regular de atividade física pode melhorar a prática de empatia em pacientes com fibromialgia.

- O exercício físico libera endorfinas, que são neurotransmissores responsáveis por melhorar o bem-estar psicológico e emocional.
- A atividade física ao reduzir a dor e a fadiga, permiti que os pacientes se concentrem mais em seus relacionamentos sociais e sejam mais empáticos com os outros.
- A prática de atividade física também pode ajudar a melhorar a saúde mental, reduzir a ansiedade e a depressão, o que pode ser especialmente importante para pacientes com fibromialgia que frequentemente enfrentam esses problemas.
- A terapia cognitivo-comportamental pode ser mais eficaz quando combinada com a prática regular de atividade física.
- Os profissionais de saúde devem incentivar os pacientes com fibromialgia a incorporar a atividade física em seu tratamento para ajudar a melhorar sua prática de empatia e sua qualidade de vida geral.



Atividade física

- Podendo ser de alongamento, fortalecimento, condicionamento aeróbio e treinamento de força praticados 2-3 vezes na semana, proporcionam melhora.
- Devendo ser individualizados, não dolorosos e moderadamente intensos, isto é, mantendo 60%-75% da frequência cardíaca máxima ajustada para a idade (210 menos a idade do paciente), sendo iniciado em um nível logo abaixo da capacidade aeróbica do paciente, e progreda em frequência, duração ou intensidade assim que seu nível de condicionamento e força aumentar.
- Portanto a progressão deve ser lenta e gradual, sempre se encorajando os fibromiálgicos a dar continuidade, a fim de manter os ganhos alcançados e gerar um impacto positivo na qualidade de vida da maioria dos pacientes.
- Os exercícios melhoram a força muscular, a percepção da dor generalizada e a funcionalidade dos membros. Outro ponto importante a ser considerado é o manejo do sono. Princípios básicos de higienização do sono e identificação de outros transtornos do ciclo são fundamentais, uma vez que os pacientes sentem uma melhora perceptível quando conseguem dormir bem.
- A resposta ao tratamento é individual, o importante é fazer uma atividade que goste.

Conclusão

Conclusão

A fibromialgia é uma doença crônica com sintomatologias bastante relacionadas a fatores biopsicossociais, além da intensidade da dor existem as condições associadas, tais como depressão, ansiedade, fadiga e insônia que necessitam se tratadas.

A equipe multidisciplinar é essencial nesse tratamento e para que haja sucesso é necessário que os fibromiálgicos sejam compreendidos de maneira global.

Portanto o profissional que vai tratar desse paciente ele deve praticar a empatia para ter a habilidade de saber ouvir, ter paciência, solidariedade, compaixão e compreensão da patologia em toda sua essência, pois só assim estarão aptos para o enfrentamento destas situações e estabelecer uma boa relação médico-paciente.

Referências Bibliográficas

1. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
2. Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 393-404.
3. Gelves-Ospina M, Barceló Martínez E, Orozco-Acosta E, Román NF, Allegri RF. Affective-behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM). *Revista SaludUninorte*. 2017 Dec;33(3):285-95.
4. Plutchik R. The nature of emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American scientist*. 2001 Jul 1;89(4):344-50.
5. Porges SW. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company; 2011 Apr 25.
6. Botti SH, Rego ST. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21: 65-85.
7. Mec, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 22 jul. 2021.
8. Ribeiro MA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2011 May.

9. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, Gonzalez EG, Rotta DS, Pinto MH, Peres L, Beretta D. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017 Jan;41:126-33.
10. CABO-MESEGUER A, et al. Fibromialgia: prevalência, perfis epidemiológicos y costes económicos. *Med. Clin.*, 2017; 149(10): 441–448.
11. SOUZA JBD, PERISSINOTTI DMN. A prevalência da fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *BrJP*, 2018; 1(4): 345-348.
12. FILIPPON, A.P , MEZACAZA et al . Association between childhood trauma and loss of functionality in adultPorto Alegre , v. 35, n. 1, 2013.
13. MAZO JPS, ESTRADA MG. Implications of chronic pain on the quality of life of women with fibromyalgia. *Psicol. Estud.*, 2018; 23: e38447.
14. Kirchner LD, Reis MD, Queluz FN. Behavioral intervention in women with Fibromyalgia: clinical significance and reliable change. *Psicologia para América Latina*. 2019 Nov(32):157-67
15. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. *ClinicalRheumatology*. 2019 Jan;38(1):149-57.
16. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010 Sep;34(3):363–70
17. Monteiro ÉAB, Oliveira L de, Oliveira WL. Aspectos psicológicos da fibromialgia - revisão integrativa. *Mudanças [Internet]*. 2021 Jun 1;29(1):65–76..

18. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.
19. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:117.
20. Rodrigues K da S, Silva AA da, Silva ND da, Cavalcanti ÉBVS. Uma abordagem multidisciplinar não-farmacológica e farmacológica para o tratamento de fibromialgia: uma revisão bibliográfica. *Europub Journal of Health Research [Internet]*. 2022 Nov 17 [cited 2023 Jan 11];3(4 Edição Especial):314–9.
21. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006 Jun;10(19):93–102.
22. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019
23. Alves B / O / O-M. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência | *Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]*. [cited 2023 Jan 12].
24. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2017 Apr [cited 2021 Apr 15];22(4):1109–20.
25. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.

Atividade física

- Podendo ser de alongamento, fortalecimento, condicionamento aeróbio e treinamento de força praticados 2-3 vezes na semana, proporcionam melhora.
- Devendo ser individualizados, não dolorosos e moderadamente intensos, isto é, mantendo 60%-75% da frequência cardíaca máxima ajustada para a idade (210 menos a idade do paciente), sendo iniciado em um nível logo abaixo da capacidade aeróbica do paciente, e progreda em frequência, duração ou intensidade assim que seu nível de condicionamento e força aumentar.
- Portanto a progressão deve ser lenta e gradual, sempre se encorajando os fibromiálgicos a dar continuidade, a fim de manter os ganhos alcançados e gerar um impacto positivo na qualidade de vida da maioria dos pacientes.
- Os exercícios melhoram a força muscular, a percepção da dor generalizada e a funcionalidade dos membros. Outro ponto importante a ser considerado é o manejo do sono. Princípios básicos de higienização do sono e identificação de outros transtornos do ciclo são fundamentais, uma vez que os pacientes sentem uma melhora perceptível quando conseguem dormir bem.
- A resposta ao tratamento é individual, o importante é fazer uma atividade que goste.

Conclusão

Conclusão

A fibromialgia é uma doença crônica com sintomatologias bastante relacionadas a fatores biopsicossociais, além da intensidade da dor existem as condições associadas, tais como depressão, ansiedade, fadiga e insônia que necessitam se tratadas.

A equipe multidisciplinar é essencial nesse tratamento e para que haja sucesso é necessário que os fibromialgicos sejam compreendidos de maneira holística.

Portanto o profissional que vai tratar desse paciente ele deve praticar a empatia para ter a habilidade de saber ouvir, ter paciência, solidariedade, compaixão e compreensão da patologia em toda sua essência, pois só assim estarão aptos para o enfrentamento destas situações e estabelecer uma boa relação médico-paciente.

Referências Bibliográficas

1. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
2. Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 393-404.
3. Gelves-Ospina M, Barceló Martínez E, Orozco-Acosta E, Román NF, Allegri RF. Affective-behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM). *Revista SaludUninorte*. 2017 Dec;33(3):285-95.
4. Plutchik R. The nature of emotions: Human emotions have deep evolutionary roots, a fact that may explain their complexity and provide tools for clinical practice. *American scientist*. 2001 Jul 1;89(4):344-50.
5. Porges SW. The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company; 2011 Apr 25.
6. Botti SH, Rego ST. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21: 65-85.
7. Mec, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 22 jul. 2021.
8. Ribeiro MA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2011 May.

9. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, Gonzalez EG, Rotta DS, Pinto MH, Peres L, Beretta D. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017 Jan;41:126-33.
10. CABO-MESEGUER A, et al. Fibromialgia: prevalência, perfis epidemiológicos y costes económicos. *Med. Clin.*, 2017; 149(10): 441–448.
11. SOUZA JBD, PERISSINOTTI DMN. A prevalência da fibromialgia no Brasil: estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. *BrJP*, 2018; 1(4): 345-348.
12. FILIPPON, A.P , MEZACAZA et al . Association between childhood trauma and loss of functionality in adultPorto Alegre , v. 35, n. 1, 2013.
13. MAZO JPS, ESTRADA MG. Implications of chronic pain on the quality of life of women with fibromyalgia. *Psicol. Estud.*, 2018; 23: e38447.
14. Kirchner LD, Reis MD, Queluz FN. Behavioral intervention in women with Fibromyalgia: clinical significance and reliable change. *Psicologia para América Latina*. 2019 Nov(32):157-67
15. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. *ClinicalRheumatology*. 2019 Jan;38(1):149-57.
16. Rossi-Barbosa LAR, Lima CC, Queiroz IN, Fróes SS, Caldeira AP. A percepção de pacientes sobre a comunicação não verbal na assistência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010 Sep;34(3):363–70
17. Monteiro ÉAB, Oliveira L de, Oliveira WL. Aspectos psicológicos da fibromialgia - revisão integrativa. *Mudanças [Internet]*. 2021 Jun 1;29(1):65–76..

18. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.
19. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:117.
20. Rodrigues K da S, Silva AA da, Silva ND da, Cavalcanti ÉBVS. Uma abordagem multidisciplinar não-farmacológica e farmacológica para o tratamento de fibromialgia: uma revisão bibliográfica. *Europub Journal of Health Research [Internet]*. 2022 Nov 17 [cited 2023 Jan 11];3(4 Edição Especial):314–9.
21. Rossi PS, Batista NA. O ensino da comunicação na graduação em medicina: uma abordagem. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006 Jun;10(19):93–102.
22. Rocha SR, Romão GS, Setúbal MSV, Collares CF, Amaral E. Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019
23. Alves B / O / O-M. 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência | *Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]*. [cited 2023 Jan 12].
24. Silva CR, Carvalho BG, Cordoní Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2017 Apr [cited 2021 Apr 15];22(4):1109–20.
25. Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*. 2011 Jul 8;14(1):164–70.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que para os preceptores e residentes referem que o atendimento é complexo, que envolve vários fatores que dificultam tanto o diagnóstico quanto o tratamento. Esses fatores podem incluir sintomas difusos e variados, a falta de compreensão sobre a doença por parte dos profissionais de saúde e dos pacientes, e a necessidade de abordagens terapêuticas multidisciplinares.

Os preceptores referem que a empatia no atendimento é aprimorada durante a formação médica com experiência clínica, escuta ativa e reflexiva, que ajuda os residentes a compreenderem melhor as preocupações e emoções dos pacientes.

Os resultados desta dissertação de mestrado destacam que os residentes de reumatologia que apresentam habilidades empáticas são capazes de oferecer atendimento mais satisfatório e personalizado, promovendo uma melhoria significativa na qualidade de vida desses pacientes.

A partir dos achados, foi possível produzir um manual que serve para orientar profissionais na área de saúde a formas de desenvolver a empatia em sua prática clínica e abordar de maneira mais efetiva os aspectos emocionais, físicos e sociais que envolvem a fibromialgia. Esse material pode ser utilizado na formação desses profissionais, contribuindo para o aprimoramento da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, para a satisfação do paciente.

No entanto, é importante destacar que a validação desse material é necessária para garantir sua efetividade e aprimoramento constante, permitindo consistência e padronização no atendimento adequado. Esse manual pode abrir caminhos futuro de pesquisas clínicas sobre a fibromialgia, bem como para avaliar a eficácia de diferentes abordagens de tratamento, avaliar a qualidade do atendimento prestado, avaliar o impacto do manual no cuidado ao paciente com fibromialgia e o desenvolvimento de outras estratégias para aprimorar a prática empática em outras condições médicas.

Por fim, esta dissertação de mestrado é uma contribuição significativa para a prática clínica, enfatizando a importância da empatia no cuidado ao paciente com fibromialgia. Embora tenha seus limites como o fato de poucos estudos na literatura sobre o assunto, a pesquisa reforça a necessidade de uma abordagem holística e centrada no paciente, que considere seus aspectos emocionais, sociais e físicos.

VI REFERÊNCIAS

1. Monte, F. Q. A ética na prática médica. *Revista Bioética*, v. 10, n. 2, 3 nov. 2009.
2. Oliveira, J. L. B. C. DE. Contribuições da (Bio)Ética para educação médica. *app.uff.br*, 28 nov. 2022.
3. Ribeiro MA. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa. 2011 May.
4. Monte, f. q. A ética na prática médica. *Revista Bioética*, v. 10, n. 2, 3 nov. 2009.
5. Cançado, P. V. R. Efeito do uso do mapa da empatia em saúde durante o atendimento ambulatorial em uma residência médica de ortopedia. 2020.
6. Fallon LM, Collier-Meek MA, Maggin DM, Sanetti LM, Johnson AH. Is performance feedback for educators an evidence-based practice? A systematic review and evaluation based on single-case research. *ExceptionalChildren*. 2015 Jan;81(2):227-46.
7. Bernando CD. Dor: o ensino do tema em cursos de graduação em enfermagem da região sudeste do Brasil. 1998.
8. Hadker N, Garg S, Chandran AB, Crean SM, McNett M, Silverman SL. Primary care physicians' perceptions of the challenges and barriers in the timely diagnosis, treatment and management of fibromyalgia. *PainResearchand Management*. 2011 Nov 1;16(6):440-4.
9. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, Choy E, Kosek E, Amris K, Branco J, Dincer Fİ. EULAR revised recommendations for the

- management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*. 2017 Feb 1;76(2):318-28.
10. Bazzichi L, Giacomelli C, Consensi A, Atzeni F, Batticciotto A, Di Franco M, Casale R, Sarzi-Puttini P. One year in review 2016: fibromyalgia.
11. Leforte. Fibromialgia provoca dor generalizada e até sintomas psiquiátricos. Grupo Leforte. 2020.
12. Rita de mendonça, A.; palhoco, s. Universidade de lisboa faculdade de psicologia estudo da empatia e da percepção de emoções em psicoterapeutas e estudantes de psicologia. Disponível em:<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4997/1/ulfpie039670_tm.pdf>. Acesso em: 3 maio. 2023.
13. Fellous JM, Armony JL, LeDoux JE. Emotional circuits and computational neuroscience. *The handbook of brain theory and neural networks*. 2002 Nov;2:30-1.
14. OLIVEIRA, J. L. B. C. DE. Contribuições da (Bio)Ética para educação médica. *app.uff.br*, 28 nov. 2022.
15. Judd CH, Wundt WM. *Outlines of psychology*. W. Engelmann; 1897.
16. Thagard PR. *The passionate scientist: Emotion in scientific cognition*. 2002.
17. Pontes, g. de s. p. Raciocínio baseado na ética médica na decisão em grupo. *repositorium.uminho.pt*, 14 out. 2022.
18. William J. II. What is an emotion? *Mind*. 1884(34):188-205.
19. Davidoff IF, Schiller MS. The divorce workshop as crisis intervention: A practical model. *Journal of Divorce*. 1983 Jun 7;6(4):37-54.

20. Nascimento RS. " O que é uma emoção?", de William James. *Clínica & Cultura*. 2013;2(1):95-113.
21. Williams LM, Das P, Liddell BJ, Kemp AH, Rennie CJ, Gordon E. Mode of functional connectivity in amygdala pathways dissociates level of awareness for signals of fear. *Journal of Neuroscience*. 2006 Sep 6;26(36):9264-71.
22. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254.
23. Eisenberg N, Strayer J. Critical issues in the study of empathy. *Empathy and its development*. 1987:3-13.
24. Ickes K, Dewalt SJ, Thomas SC. Resprouting of woody saplings following stem snap by wild pigs in a Malaysian rain forest. *Journal of Ecology*. 2003 Apr;91(2):222-33.
25. Heberlein AS, Saxe RR. Dissociation between emotion and personality judgments: convergent evidence from functional neuroimaging. *Neuroimage*. 2005 Dec 1;28(4):770-7.
26. Ganczarek J, Hünefeldt T, Olivetti Belardinelli M. From "Einfühlung" to empathy: exploring the relationship between aesthetic and interpersonal experience. *Cognitive processing*. 2018 May;19(2):141-5.
27. Holmes OW. Descartes, Hume, Kant and Diderot: The Interconnectedness of the Self and Nature. In *Phenomenology of Life from the Animal Soul to the Human Mind 2007* (pp. 381-417). Springer, Dordrecht.

28. Vygotsky, L. S. *Psicologia da arte*. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
29. Rogers CR. *Tornar-se pessoa*. WWF Martins Fontes; 2017 Apr 5.
30. Decety J, Michalska KJ. Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental science*. 2010 Nov;13(6):886-99.
31. Gilbert P. *Human Nature and Suffering*. Hillsdale, NJ (Erlbaum) 1989.
32. Blair RJ. Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and cognition*. 2005 Dec 1;14(4):698-718.
33. Batista, N. A. et al. Aprendizagem da Empatia na Relação Médico-Paciente: um Olhar Qualitativo entre Estudantes do Internato de Escolas Médicas do Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 1, p. 349–356, 2019.
34. Bzuneck JA. Conceito e funções dos esquemas cognitivos para a aprendizagem implicações para o ensino. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 1991;12(3):142-5.
35. Ávila, R. F. DE et al. Empatia e reconhecimento de expressões faciais de emoções básicas e complexas em estudantes de Medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 3, p. 209–214, set. 2016.
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003;254.

37. Lamm C, Batson CD, Decety J. The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of cognitive neuroscience*. 2007 Jan 1;19(1):42-58.
38. Ahrweiler F. et al. Determinants of physician empathy during medical education: hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC medical education* vol. 14 122. 22 Jun. 2014, doi:10.1186/1472-6920-14-122
39. Rogers CR. *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. 1967.
40. Doherty RW. The emotional contagion scale: A measure of individual differences. *Journal of nonverbal behavior*. 1997 Jun;21(2):131-54.
41. Goleman D, McKee A, Waytz A. *Empathy (HBR emotional intelligence series)*. Harvard Business Press; 2017 Apr 18.
42. Barsade SG. The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behavior. *Administrative science quarterly*. 2002 Dec;47(4):644-75.
43. Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical education*, 38(9), 934-941.
44. Maeda, A. M. C., Pollak, D. F., & Martins, M. A. V. (2009). A compreensão do residente médico em reumatologia no atendimento aos pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33, 393-404.

45. Schliemann, Ana Laura, et al. "Empatia e qualidade de vida nos estudantes de medicina e psicologia da PUC-SP/Empathy and quality of life in medical and psychology students at PUC/SP." *Brazilian Journal of Development* 7.6 (2021): 64530-64548.
46. Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. Casa do Psicólogo; 2005.
47. Mec, Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Residência Médica. 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso em: 22 jul. 2021.
48. Unesc - Universidade do Extremo Sul Catarinense. Ambulatório de Atenção à Saúde da Pessoa com Fibromialgia é realidade em Criciúma. 2020. Disponível em: <https://www.unesc.net/portal/aicom/blog/48587-ambulatorio-de-atencao-a-saude-da-pessoa-com-fibromialgia-e-realidade-em-criciuma>. Acesso em: 22 jul. 2021.
49. MEC. Ministério da Educação e Cultural. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>Acesso em: 22 jul. 2021.
50. Cánovas L, Carrascosa AJ, García M, Fernández M, Calvo A, Monsalve V, Soriano JF, EmpathyStudyGroup. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: a prospective study in Spanish pain clinics. *Pain Medicine*. 2018 Jul 1;19(7):1304-14.
51. Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Capítulo II da Ordem Social, Seção II, artigos 196 a 200. Brasília: Senado Federal. 1988.

52. Nascimento HC, Ferreira Júnior WA, Silva AM, Carvalho IG, Bastos GC, Almeida RJ. Análise dos níveis de empatia de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2018 Jan; 42:152-60.
53. Botti SH, Rego ST. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2011;21:65-85.
54. Teixeira PR, Lourenção LG, Gazetta CE, Gonsalez EG, Rotta DS, Pinto MH, Peres L, Beretta D. Engagement no trabalho em residentes médicos de pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017 Jan;41:126-33.
55. Sousa, L. U. DE R. et al. Mapa da Empatia em Saúde como instrumento de reflexão em cenário de ensino não assistencial. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, n. 4, 2021.
56. Silva, J. A. C. DA et al. Ensino da empatia em saúde: revisão integrativa. *Revista Bioética*, v. 30, n. 4, p. 715–724, 2022.
57. Souza, Karina Duarte. Significações da dor crônica. 2011. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
58. Gelves-Ospina M, Barceló Martínez E, Orozco-Acosta E, Román NF, Allegri RF. Affective-behavioral symptoms and coping strategies of pain in patients with fibromyalgia (FM). *Revista SaludUninorte*. 2017 Dec;33(3):285-95.
59. Coppens E, Van Wambeke P, Morlion B, Weltens N, Giau Ly H, Tack J, Luyten P, Van Oudenhove L. Prevalence and impact of childhood adversities and post-traumatic

- stress disorder in women with fibromyalgia and chronic widespread pain. *EuropeanJournalofPain*. 2017 Oct;21(9):1582-90.
60. Steiner A. The impact of a one to one laptop program on the self-efficacy of nine middle school students with specific learning disabilities (Doctoral dissertation, Boston College). 2017.
61. Kirchner LD, Reis MD, Queluz FN. Behavioral intervention in women with Fibromyalgia: clinical significance and reliable change. *Psicologia para América Latina*. 2019 Nov(32):157-67.
62. SBR, Sociedade Brasileira de Reumatologia. Fibromialgia - Definição, Sintomas e Porque Acontece. 2011. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/fibromialgia-definicao-sintomas-e-porque-acontece/>>. Acesso em: 19 jul. 2021.
63. da Silva JT, Gomes AR, Ferreira PH, Ferreira ML, Pereira LS, de Vasconcelos CM, et al. Resilience and chronic pain. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019;35(1):e00044618. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31322/2/Resilience_and_chronic_pain.pdf. Accessed May 3, 2023.
64. Arnold LM, Gebke KB, Choy EH. Fibromyalgia: management strategies for primary care providers. *InternationalJournalofClinicalPractice*. 2016 Feb;70(2):99-112.
65. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Current pain and headache reports*. 2016 Apr;20(4):1-0.

66. Van Overmeire R, Vesentini L, Vanclooster S, Muysewinkel E, Bilsen J. Body Image, Medication Use, and Mental Health among Women with Fibromyalgia in Flanders, Belgium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Jan 27;19(3):1418.
67. Galvez-Sánchez CM, Duschek S, Del Paso GA. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*. 2019;12:117.
68. Seto A, Han X, Price LL, Harvey WF, Bannuru RR, Wang C. The role of personality in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*. 2019 Jan;38(1):149-57.
69. Hasselroth R, Björling G, Faag C, Bose CN. “Can Someone as Young as You Really Feel That Much Pain?”—A Survey on How People With Fibromyalgia Experience Healthcare in Sweden. *SAGE Open Nursing*. 2021 Jun;7: 23779608211026145.
70. Cacioppo JT, Gardner WL. Emotion. *Annual review of psychology*. 1999;50.
71. Homma M, Ishikawa H, Kiuchi T. Illness perceptions and negative responses from medical professionals in patients with fibromyalgia: Association with patient satisfaction and number of hospital visits. *Patient education and counseling*. 2018 Mar 1;101(3):532-40.
72. Higgs JB. Fibromyalgia in primary care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2018 Jun 1;45(2):325-41.
73. Letieri RV, Furtado GE, Letieri M, Góes SM, Pinheiro CJ, Veronez SO, Magri AM, Dantas EM. Dor, qualidade de vida, auto percepção de saúde e depressão de pacientes

com fibromialgia, tratados com hidrocinesioterapia. Revista Brasileira de Reumatologia. 2013; 53:494-500.

74. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

75. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hulw-ufpb>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Termo de Anuência de Instituição Coparticipante

Ilma Sr. Eutília Andrade Medeiros Freire, Chefe do Serviço de Reumatologia da Universidade Federal de Reumatologia – HULW.

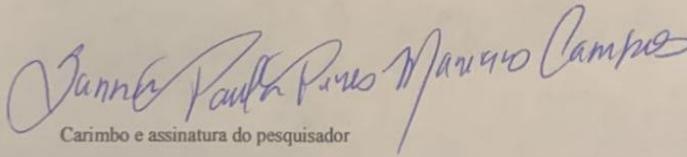
Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “Elaboração de material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento do paciente com fibromialgia assistido na residência médica de reumatologia” conduzida pela mestranda Sanna Paula Pires Mariano Campos da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), sob a orientação do Prof. Dr. José Roberto da Silva Júnior.

O objetivo geral da pesquisa é utilizar uma entrevista semiestruturada com os preceptores da residência de Reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW. Os objetivos específicos são: Realizar o levantamento bibliográfico acerca do tema proposto; avaliar a percepção dos preceptores e dos residentes acerca da prática de empatia pelos médicos residentes nos atendimentos aos portadores de FM através de entrevista semiestruturada; elaborar material didático-instrucional (Manual) sobre a prática de empatia no atendimento médico do paciente com fibromialgia; elaborar um relatório técnico direcionado à gestão da equipe avaliada para informar os resultados da pesquisa e recomendar o material elaborado visando melhoria na assistência médica profissional aos pacientes com FM.

Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo.

Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, 17 de dezembro de 2021.


Carimbo e assinatura do pesquisador

(X) concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação

Eutíli Andrade Medeiros Freire
Dra. Eutíli Andrade Medeiros Freire
Reumatologista
CRM-PB 4396
Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

APÊNDICE 2 - Roteiro para Entrevista Semiestrutura- Preceptores

Focalizando, então, a discussão nesse profissional mais experiente, que aqui chamamos de preceptor, questionamos:

1. A necessidade de atenção/empatia nos pacientes fibromialgicos é compreendida e aceita por todos os residentes?
2. Existe uma troca entre residentes e pacientes sobre informações e conhecimento acerca das necessidades desses usuários no serviço?
3. O residente conhece a equipe multiprofissional que vai atuar com esse paciente?
4. Caso sim, eles discutem entre si as diferentes tarefas sobre a construção da integralidade no atendimento desse usuário?
5. A construção da integralidade no acompanhamento desses pacientes é um compromisso da equipe de saúde (psicólogo, acupunturista, psiquiatra, assistente social e residentes)?
6. A quantidade de atendimento destinado a cada residente pode prejudicar a relação médico- paciente e conseqüentemente a prática da empatia?
7. Os residentes articulam ações saúde destinadas ao ensino-aprendizado na atenção individual e coletiva desses usuários, a fim de prestar melhores cuidados?
8. Os residentes compreendem que a relação médico-doente é tão importante quanto a comunicação verbal?
9. Os residentes entendem que a compreensão dos sentimentos dos fibromialgicos dá-lhes, a eles, uma sensação de legitimação que é terapêutica em si mesma.
10. Os residentes compreender o que se passa na mente dos fibromialgicos, prestando atenção à sua comunicação não verbal e linguagem corporal.

APÊNDICE 3 – Roteiro para Entrevista Semiestrutura- Residentes

Focalizando, então, a discussão nesse profissional menos experiente, que aqui chamamos de Residentes, questionamos:

1. Que é para você atender um paciente com fibromialgia?
2. Você sabe quais são as necessidades desses usuários no serviço?
3. Você conhece a equipe multiprofissional que vai atuar com esse paciente?
4. Caso sim, vocês discutem entre si as diferentes tarefas sobre a
5. construção da integralidade no atendimento desse usuário?
6. A construção da integralidade no acompanhamento desses pacientes é um
7. compromisso da equipe de saúde (psicólogo, acupunturista, psiquiatra, assistente social e residentes)?
8. A quantidade de atendimento destinado a você prejudica a relação médico-paciente e conseqüentemente a prática da empatia?
9. Você articula ações saúde destinadas ao ensino-aprendizado na atenção individual e coletiva desses usuários, a fim de prestar melhores cuidados?
10. Para você, qual a importância da relação médico-doente com o fibromiálgico?
11. Você compreende a comunicação não verbal e linguagem corporal do fibromiálgico?
12. Você acha que essa compreensão (comunicação não verbal e linguagem corporal) é importante para o tratamento do fibromiálgico?

APÊNDICE 4– Termo de Compromisso Financeiro do Pesquisador

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP,

Eu.....

(pesquisador responsável/ pesquisador colaborador) do estudo intitulado

..... declaro que:

tenho conhecimento dos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e assumo o compromisso financeiro do estudo, orçado em R\$.....

Recife,dede 2021.

Pesquisador Responsável:

CPF:

Assinatura:

APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **Elaboração de material didático-instrucional sobre a prática de empatia no atendimento do paciente com fibromialgia assistido na residência médica de reumatologia**, porque você é preceptor ou residente de reumatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências da sua participação.

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Caso prefira, converse com os seus familiares ou amigos antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, e aceitar participar, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, nas duas vias (uma ficará com o pesquisador responsável e a outra, ficará com você, participante desta pesquisa).

PROPÓSITO DA PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é produzir um manual que seja usado como instrumento para prática da empatia. Essa pesquisa é qualitativa e será utilizada uma ferramenta on-line para entrevistar os preceptores e residentes.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma: por meio de gravação de áudio, sendo o instrumento utilizado uma entrevista semiestruturada, organizada a partir de um roteiro previamente elaborado composto de perguntas abertas que possibilite abrir espaço para a elaboração discursiva dos próprios entrevistados. Este instrumento permite que a entrevista seja orientada por tópicos, que são introduzidos pelo pesquisador, sem que uma ordem rígida tenha que ser seguida. As entrevistas serão realizadas individualmente através da plataforma Zoom, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE, que já estará assinado pelos pesquisadores, será enviado por e-mail, de forma individual, devendo ser assinado digitalmente pelo participante da pesquisa e guardado uma cópia do documento eletrônico pelo mesmo. As entrevistas terão um tempo médio de duração de aproximadamente 25 minutos. Ressalta-se que todos os participantes receberão uma ligação dos pesquisadores para que as instruções essenciais de como utilizar os recursos da plataforma Zoom sejam fornecidas. Os pesquisadores utilizarão uma linguagem mais simples possível de como acessar e manusear o aplicativo. Caso os esclarecimentos não forem totalmente sanados por telefone, os pesquisadores enviarão um vídeo de como utilizar essa plataforma, com o intuito de que todas as dúvidas sejam dirimidas. A partir daí será acordado dia e horário viável para cada um dos participantes. Os dados coletados ficarão armazenados em arquivos no computador pessoal dos pesquisadores por um período de 5 (cinco) anos e,

após esse período, será descartado. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Será desenvolvida através de entrevista semiestruturada que contará com a sua participação em alguns questionamentos e aprofundamento do tema proposto.

SIGILO E PRIVACIDADE

Serão garantidos sigilo e confidencialidade em todas as etapas deste estudo, seu nome ou o material que indique sua participação nunca serão divulgados sem que haja a sua solicitação ou permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os arquivos com os dados coletados serão guardados com os pesquisadores durante cinco anos e após esse período serão excluídos virtualmente.

RISCOS

Caso haja danos graves decorrentes desta pesquisa, os pesquisadores responsáveis assumirão a responsabilidade pelos mesmos e o participante será devidamente indenizado, conforme determina a lei e de acordo com as determinações e diretrizes éticas constantes na resolução nº 466/2012.

Caso haja algum desconforto, constrangimento ou alguma alteração do estado emocional em qualquer fase da pesquisa será providenciado apoio de saúde adequado para minimizar os danos à sua participação nesta pesquisa, informe aos pesquisadores para que eles lhe orientem e providenciem o apoio adequado.

BENEFÍCIOS, GARANTIAS E RESSARCIMENTO

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou prejuízo ao seu tratamento. Não será necessário justificar a saída da pesquisa em qualquer etapa de sua realização. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Haverá garantia de ressarcimento de possíveis despesas geradas pela pesquisa ao participante.

É assegurada a assistência integral relacionada à participação nesta pesquisa durante e após a sua realização, se necessário, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais e sobre tudo o que haja interesse em saber a respeito do estudo e suas consequências antes, durante e depois da sua participação nesta pesquisa.

Aqui deve ser informado ao participante sobre o ressarcimento de despesas com transporte e/ou alimentação e quem irá financiar, se for o caso.

Informar que o participante não pagará por qualquer procedimento ou medicamento em estudo (caso exista) ou teste e/ou exame exigido (caso exista) como parte desta pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Caso decida participar da pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa.

Os seus dados do somente serão utilizados depois de anonimizados.

Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos seus dados individuais. Mesmo quando esses dados forem utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

É garantido ao participante da pesquisa de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma, conforme a Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 17, Inciso III e a Resolução CNS 466 de 2012, Artigo IV.3 item d).

Caso decida interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida e todas as informações de seus dados excluídos da pesquisa.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Você poderá ter acesso a qualquer resultado relacionado à pesquisa e, se tiver interesse, poderá receber uma cópia destes resultados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

Você terá garantia de acesso à informação em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a pesquisadora **Sanna Paula Pires Mariano Campos**, telefone (81) 999083750, no horário da manhã ou no endereço Rua Fernão Dias Paes, 180 ou pelo e-mail: sanninhapaula@hotmail.com.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS). Caso você tenha alguma consideração ou dúvida

sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-FPS. O CEP-FPS tem o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP da FPS está situado na Av Mascarenhas de Moraes, nº4861, Imbiribeira, Recife, PE. Tel: (81) 3035-7777/ (81)33127777 ou (81) 33127755 – E-mail: comite.etica@fps.edu.br. O CEP da FPS funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 08:30 às 11:30 e 14:00 às 16:30.

Este Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, os riscos, os benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Entendi também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e que minhas dúvidas serão explicadas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e será assegurado o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e sei que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o andamento da pesquisa, sem prejuízo ou penalização alguma.

ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM AMBIENTE VIRTUAL

Entende-se por meio ou ambiente virtual aquele que envolva a utilização de internet ou telefone, assim como programa e aplicativos que utilizem esses meios.

É de responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa. Uma vez concluída a coleta de dados, o

pesquisador responsável fará o download dos dados coletados para um computador, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

() Eu concordo em participar desta pesquisa e CONCORDO em ter minhas amostras armazenadas e utilizadas para uso em pesquisas futuras aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FPS e para isto deverei assinar no futuro, um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se eu concordar.

OU

() Eu concordo em participar desta pesquisa, mas NÃO CONCORDO em ter minhas amostras armazenadas para uso em pesquisas futuras.

Eu, por intermédio deste,

() CONCORDO, dou livremente meu consentimento para participar desta pesquisa.

() NÃO CONCORDO.

Assinatura do Participante	Data
Assinatura da Testemunha	Data

Eu, Sanna Paula Pires Mariano Campos, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante de pesquisa acima e/ou pessoa autorizada para consentir do mesmo.

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo

Data:

Rubrica do Participante da Pesquisa

Rubrica do Pesquisador